

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD MOISES HERESI. AREQUIPA 2012”

Tesis presentada por los Alumnos:

JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS

MICHAEL STELMAN VALENCIA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2013**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA 2012”**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2013

MICHAEL STELMAN VALENCIA

JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador


Asunto : Dictamen de Tesis:
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO
PSICOFARMACOLÓGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL
CENTRO DE SALUD MOISES HERESI, AREQUIPA 2012.**

Bachilleres: JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS
MICHAEL STELMAN VALENCIA

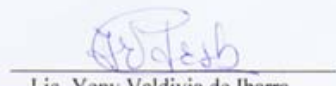
Fecha : Arequipa, 10 de Abril del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

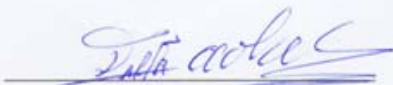
Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Presidenta



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Secretaria



Dra. Delta Ocoña Villanueva
Miembro del Jurado

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

IMFORME DE ASESORIA DE TESIS

A :Mgter .Ruth Romero de Rodríguez
DE : Dra. Dominga Vargas de Flores

Docente Asesora del trabajo de Investigación:

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO
PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL
CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA 2012"

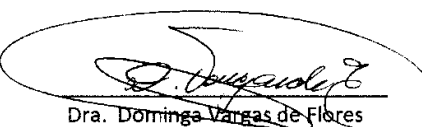
INVESTIGADORES : JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS
MICHAEL STELMAN VALENCIA

FECHA : 04 de Marzo del 2013

ANTECEDENTES : La asesoría del Trabajo de Investigación se llevó a cabo del mes de noviembre del 2012 al Febrero 2013 durante este tiempo en una primera sesión se hizo revisión Del proyecto. En sucesivas sesiones se realizó la revisión del marco teórico y Contenido operacional, revisión de ordenamiento estudio e interpretación de la Información y presentación de Resultados.

APRECIACION PERSONAL : Durante las diferentes sesiones los diferentes investigadores mostraron responsabilidad e interés en el trabajo con respecto al Tema investigado se considera de gran importancia y de aporte Tanto para estudiantes como para Familiares de los pacientes .

Atentamente.


Dra. Dominga Vargas de Flores



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO
PSICOFARMACOLÓGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL
CENTRO DE SALUD MOISÉS HERESL. AREQUIPA, 2012**

Autores : JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS
MICHAEL STELMAN VALENCIA

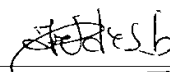
Fecha : Arequipa, 25 de Octubre del 2012

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Miembro del Jurado Dictaminador



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Miembro del Jurado Dictaminador

Con amor y eterno Agradecimiento:

A Dios y a la Virgen por guiarme todos los días
de mi vida.

Con todo el amor y respeto a mis queridos
padres

Demetrio y Sonia, quienes con su ejemplo y
sacrificio me brindaron una profesión. todo lo
que soy se los debo a ellos los Amo.

Gracias

Jackeline Consuelo

A Dios y a la Virgen por guiarme todos los días de
mi vida.

Con gratitud , amor y respeto a mis queridos
padres **Héctor y Fidela**, porque gracias a ellos ahora
puedo ver realizado uno de mis grandes anhelos ser
profesional.

Gracias Michael

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCION	12

CAPITULO I **PLANTEAMIENTO TEORICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Enunciado del Problema	13
1.2 Descripción del Problema	13
1.3 Justificación	15
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO	17
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	59
5. HIPÓTESIS	60

CAPITULO II **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA E INSTRUMENTO	61
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	61
2.1. Ámbito Geográfico	61
2.2. Ubicación Temporal	61
2.3. Unidades de Estudio	61
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
4. CRONOGRAMA DE TRABAJO	62

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	61
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG.
1. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD NIVEL	64
2. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SEXO	65
3. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	66
4. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	67
5. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR	68
6. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL DIAGNOSTICO	69
7. POBLACION DE CALCULO SEGÚN EL NIVEL CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL	70
8. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD MENTAL	71
9. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DE EFECTOS COLATERALES DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	72
10. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DE EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES DE LA MEDICACIÓN	73
11. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE MEDICACION PSICOFARMACOLOGICA QUE RECIBE EL PACIENTE	74
12. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SU CONOCIMIENTO DE DOSIS DE MEDICACIÓN	75
13. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE TRATAMIENTO INDICADO DEL PACIENTE	76
14. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SU CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN	77

RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA 2012”

Presentado por la Bachiller en Enfermería, para obtener el Título Profesional de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Precisar el nivel conocimientos del Tratamiento Psicofarmacológico que tienen los familiares respecto a la acción psicofarmacológica del tratamiento psiquiátrico en los pacientes tratados
- Identificar cuáles son los aspectos más deficientes del tratamiento psicofarmacológico en los familiares de los pacientes.

HIPOTESIS

Dado que los psicofarmacológicos son sustancias que actúan a nivel del S.N.C modificando la conducta en los diferentes transtornos y enfermedades mentales .

Es probable que los familiares de los pacientes del Centro Salud Mental MoisesHeresi tengan niveles de conocimientos insuficientes sobre el tratamiento psicofarmacológico , efectos colaterales y extrapiramidales .

METODOLOGÍA

Se utilizó como técnica el Cuestionario y como Instrumento se aplicó una Cédula de Preguntas a 30 familiares de pacientes hospitalizados y 30 familiares de pacientes atendidos en consultorios externos en el Centro de Salud MoisésHeresi.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones

- La población de Estudio se encuentra entre las edades de 42 años a mas, tiene en su mayoría grado de instrucción secundaria son de sexo femenino .
- El nivel de conocimientos encontrados en los familiares de los pacientes psiquiátricos es deficiente, en referencia a efectos colaterales y reacciones extrapiramidales.
- Con respecto al nivel de conocimientos del tratamiento psicofarmacológico en los familiares el más deficiente es lo referente a las reacciones extrapiramidales.

RECOMENDACIONES

- Al Director del Centro de Salud Mental MoisesHeresi se sigan incentivando programas de actividades educativas para trabajar con las familiares de los pacientes de consultorios externos y de hospitalización mejorando así los conocimientos del tratamiento psicofarmacológico y por ende la evolución del paciente.
- Al Director del Centro de Salud Mental MoisesHeresi coordine con las Enfermeras de consultorios externos y salud publica para reforzar los programas educativos y educación individualizada sobre la importancia de estos temas.
- Que a nivel de la Facultad de Enfermería se continúe investigando sobre el tratamiento psicofarmacológico, ya que es imprescindible para el manejo del paciente.
- Que se continúe con la educación a familiares en lo referente a la continuacion en el tratamiento psicofarmacológico asegurando una mejor ayuda al paciente en lo que respecta a los diferentes áreas al tratamiento en forma especial a las reacciones extrapiramidales.

JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS .Calle Carlos Marx # 105 A.S.A Telefono : 958311064

MICHAEL STELMAN VALENCIA . Calle Nazca Mollebanba # 200 Socabaya Telefono : 958245355

**Arequipa – Perú
2013**

ABSTRACT

"LEVEL OF KNOWLEDGE OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL TREATMENT IN RELATIVES OF INPATIENT AND OUTPATIENT HEALTH CENTER IN MOSES HERESI AREQUIPA 2012"

Presented by the Bachelor of Nursing, to obtain the professional title of licensed nurses of the Catholic University of Santa Maria, located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Phone 251 210, Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

OBJECTIVES

- Specify the knowledge level of psychopharmacological treatment of the relatives regarding psychopharmacological action of psychiatric treatment in patients treated
- Identify which aspects of psychopharmacological treatment weakest in relatives of patients.

HYPOTHESIS

Since psychopharmacological are substances that act at CNS modifying behavior in different disorders and mental illness.

It is likely that family members of patients in the Mental Health Center MoisesHeresi levels have insufficient knowledge of psychopharmacological treatment, and extrapyramidal side effects.

METHODOLOGY

We used the questionnaire as a technique and a tool was applied to 30 Questions Certificate of relatives of hospitalized patients and 30 relatives of patients attending outpatient clinics at the Health Center Moses Heresi.

CONCLUSIONS

In the present investigation reached the following conclusions

- The study population is aged over 42 years, has mostly secondary education level are female are mostly schizophrenic patient.
- The level of knowledge found in relatives of psychiatric patients is poor, with reference to extrapyramidal side effects and reactions.
- With respect to the level of knowledge of psychopharmacological treatment in most poor families is regarding extrapyramidal reactions.

RECOMMENDATIONS

- The Directorate of Mental Health Center MoisesHeresi continue encouraging educational programs for working with families of patients in outpatient and inpatient enhancing knowledge of psychopharmacological treatment and therefore patient outcome.
- The Directorate of Mental Health Center MoisesHeresi coordinated with outpatient nurses and public health to strengthen educational programs and individualized education about the importance of these issues.
- What level of the School of Nursing for more research on psychopharmacological treatment, as it is essential for patient management.
- To continue with the family education regarding billing psychopharmacological treatment ensuring better patient assistance with respect to different areas to special treatment as extrapyramidal reactions.

JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS .Calle carlosmarx # 105 A.S.A Telefono : 958311064

MICHAEL STELMAN VALENCIA . Calle nazca mollebanba # 200 Socabaya Telefono : 958245355

Arequipa – Peru
2013

INTRODUCCION

En los últimos años, la salud mental de la población peruana se ha visto afectado por diversos factores, que hacen que el incremento de pacientes psiquiátricos se haya dado en forma considerable, por lo que se ha hecho necesario contar con el apoyo de la familia, ya que de ellos dependerá en gran medida que los pacientes no tengan recaídas en su proceso de recuperación y que tengan un mejor apego al tratamiento psicofarmacológico, lo cual es básico para el control de su patología.

Si consideramos que hay muchos pacientes psiquiátricos que vive en abandono, tal como se ha podido evidenciar en el Centro Médico Moisés Heresi, cuando muchos pacientes llegan por sí mismos a solicitar atención psiquiátrica y que los motivos del desapego de sus familiares es muy variable, debido tal vez a que en el caso de personas con adicciones, su comportamiento tiende a ser violento y agresivo lo que propicia que sus allegados, en aras de su propia seguridad, opten por evitar la cercanía con estos pacientes. En otras situaciones, la familia estigmatiza al enfermo mental rechazándolo por vergüenza a que se conozca su problema.

Para el paciente psiquiátrico, mantener el vínculo familiar, es un factor importante en el proceso de tratamiento y de la recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir al apego terapéutico, elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro. En algunos casos, la familia recurre a tratamientos alternativos que pueden considerarse incompatibles con el esquema médico y así precipitar una recaída.

Si se toma en cuenta además que es mejor prevenir, recomendamos llevar una vida sana sin tensiones ni estrés, factores que producen una excesiva secreción de cortisol, la hormona más perjudicial de nuestro organismo. Tengamos en cuenta que los psicofármacos son drogas en el sentido peyorativo del término, y que sólo deberían tomarse cuando no queda más remedio y durante breves periodos de tiempo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD MOISES HERESI AREQUIPA 2012”

1.2.DESCRIPCION

1.2.1. Campo, Área y Línea

CAMPO : Enfermería
AREA : Salud Mental y Psiquiatría
LINEA : TratamientoPsicofarmacológico

1.2.2. Análisis de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
Nivel de Conocimientos	Datos de las unidades de Estudio	
	<ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo 	
	<ul style="list-style-type: none"> Grado de Instruccion 	Ninguno Primaria Secuandaria Superior
	<ul style="list-style-type: none"> Familiares Responsables 	Madre Padre Ambos Padres Otros Familiares
	<ul style="list-style-type: none"> Convivencia Familiar 	Padre Madre Ambos Padres Otros Familiares
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostico del Paciente 	Esquizofrenia Depresion
	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo de la Enfermedad 	1 Año 1 a 5 Años 6 a 11 Años 11 a mas
	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas de la Enfermedad 	Estrés, , alteraciones emocionales, disfunciones mentales, dificultades para aprender
	<ul style="list-style-type: none"> Efectos del TramientoFarmacológico 	Colaterales Extrapiramidales
	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de MedicaciónPsicofarmacológico 	Antidepresivos Antipsicoticos
	<ul style="list-style-type: none"> Dosis de Medicación Contraindicaciones Tiempo de Tratamiento 	>1 año < 1 a 5 años 6 a 11 años 11 a mas
	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitacion 	Terapia Fisica Terapia ocupacional Terapia funcional

1.2.3. Interrogantes Basicas

- ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento del Tratamiento Psicofarmacológico en familiares de Pacientes Hospitalizados y de Consultorios externos del Centro de Salud MoisesHeresi?
- ¿Cuál de los Aspectos del Tratamiento Psicofarmacológico es el masdeficiente en los familiares de pacientes del Centro de Salud MoisesHeresi?

1.2.4. Tipo del Problema

- **Tipo** : De Campo
- **Nivel** : Descriptivo

1.3. JUSTIFICACION

En el Perú, a pesar de su importancia para la formulación de políticas y programas de salud mental, los estudios epidemiológicos en estas áreas han sido escasos y dispersos. Los pocos producidos se han referido, preferentemente, a sectores de población ubicados en la capital.

Siendo la medicación antipsicótica una droga cuya función principal es reducir la alucinación, agitación, manías y el entusiasmo psicomotor; estimándose un 27 % en pacientes con esquizofrenia, y actualmente en el Perú.¹

Frente a este problema los profesionales de salud dentro de ellas la enfermera debe recurrir a métodos de manera que el paciente llegue a una completa rehabilitación, en este caso se planea conocer el nivel de conocimientos que tienen los pacientes hospitalizados y que reciben consulta por consultorio externo, para así poder ayudar y

¹Ministerio de Salud. ASIS 2011. Información Estadística.

entender mejor al paciente previniendo la recaída, el deterioro mental al que esta predispuesto y el abandono de l tratamiento.

Es de interés de los investigadores lograr el bienestar de los pacientes y la reinsersion a la sociedad, ya que a través de las practicas pre profesionales del curso de Psiquiatría se noto la falta de conocimientos que tienen los familiares de como actuar frente y la participación en especial en la administración y cumplimiento de la medicación.

Es importante porque valorando el nivel de conocimientos que tienen los familiares, se educa y hace tomar conciencia del rol importante que juega la familia frente al paciente que recibe medicación antiesicótica.

Es de relevancia social porque muchos de los problemas que afecta la salud mental de la población están relacionados con los conflictos familiares y su influencia en los trastornos psico-sociales.

Gran parte de las familias al no saber como ayudar a su familiar que recibe antiesicóticos son debido a bajos conocimientos sobre sus síntomas

2. OBJETIVOS

- Precisar el nivel conocimientos del Tratamiento Psicofarmacológico que tienen los familiares respecto a la acción psicofarmacológica del tratamiento psiquiátrico en los pacientes tratados
- Identificarcuales son los aspectos mas deficientes del tratamiento psicofarmacológico con respecto al nivel de conocimiento de los familiares de los pacientes.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN LOS TRANSTORNOS Y ENFERMEDADES MENTALES

Los psicofármacos son medicamentos que, por determinar efectos significativos sobre las funciones psíquicas, se utilizan en el tratamiento de las afecciones psiquiátricas.

Delay, el padre de la psicofarmacología, fue el autor de una clasificación que ha llegado a nuestros días. Él estableció 3 grandes categorías de psicofármacos a las que llamó: psicolépticos, psicoanalépticos y psicodislépticos. La primera toma su nombre de las raíces psique (mente) y lepto (estrecho) y está integrada por fármacos cuya acción estrecha reduce o limita la actividad psíquica incrementada de forma anormal por algún proceso mórbido, como sería el caso de las agitaciones, la ansiedad, los delirios o el insomnio.

La categoría de psicoanalépticos, de las raíces psique (mente), ana (sin) y lepto (estrecho) incluye fármacos que combaten o eliminan el estrechamiento o reducción anormal de la actividad psíquica, entre los que pueden considerarse cuadros como las manifestaciones neurasténicas, aunque su expresión más típica es la depresión.²

Con el propósito de sistematizar el estudio de las características esenciales de los psicofármacos más utilizados por el médico general, describiremos en cada categoría los grupos farmacológicos que la integran y en cada uno de ellos se enfatiza en los aspectos siguientes:

- Características generales.
- Mecanismos farmacológicos esenciales.
- Estructuras fundamentales del sistema nervioso en que ejercen su acción.
- Efecto sobre las manifestaciones psicopatológicas.
- Efecto sobre el nivel de vigilia.
- Efectos vegetativos.
- Efectos extrapiramidales.

²Reinblatt SP, Riddle MA. The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology* (Berl). 2007, 191(1):67-86.

- Efectos sobre el umbral convulsivo.
- Riesgo de habituación.
- Indicaciones fundamentales.
- Contraindicaciones.
- Toxicidad y efectos colaterales.
- Radicales y fármacos de más utilización en nuestro medio.
- Fármacos de reciente utilización.
- Observaciones generales.³

3.1.1. ANTIPSICÓTICOS

Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, es usado para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente —en dosis terapéuticas— no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los antipsicóticos típicos, descubiertos en los cincuenta. La segunda generación constituye un grupo de antipsicóticos atípicos, de descubrimiento más reciente y de mayor uso en la actualidad. Ambos tipos de medicamentos, los típicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis, discinesia y acatisia tardía.

A. Origen

En el argot psiquiátrico, los antipsicóticos, también llamados antipsicóticos clásicos, típicos o tranquilizantes mayores, se identifican bajo el término de neurolépticos, del griego neuro, "nervio", y leptó, "atar". Su descubrimiento fue accidental.

El doctor francés Henri Laborit realizaba estudios con sustancias que pudiesen antagonizar los síntomas del estado de choque cuando descubrió la clorpromazina, un fármaco capaz de producir cierta somnolencia y disminuir las

³Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal*, 2000, 321 (7273):1 371-6.

reacciones ante estímulos ambientales sin ocasionar la pérdida total de la conciencia.

Se suele decir que su descubrimiento fue accidental. Sin embargo, esta afirmación ignora el estado de la ciencia en los años 40 y 50 del siglo XX y la forma de investigar los efectos de los medicamentos que se estaban sintetizando en aquellas fechas. En realidad deberíamos decir que el descubrimiento de su acción antipsicótica fue resultado de la observación detallada de sus efectos en pacientes no psiquiátricos (Henri Laborit) y de su ensayo posterior en pacientes psicóticos (los psiquiatras franceses Jean Delay y Pierre Deniker).

En 1952 Jean Delay y Pierre Deniker, dos de los psiquiatras más reconocidos de su época, comenzaron a ensayar la clorpromazina, administrándola a algunos de sus pacientes. Los resultados fueron calificados como extraordinarios, en especial por el impacto en psiquiatría, y en especial respecto al tratamiento de la esquizofrenia. El número de pacientes que requieren hospitalización en instituciones mentales se redujo notoriamente, con lo cual la psiquiatría encontró algo más cercano a un fundamento más biológico en la explicación de la esquizofrenia. En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol y a partir de entonces siguieron explorándose los usos antipsicóticos de otras sustancias similares.

En las décadas posteriores se sintetizaron numerosos compuestos antipsicóticos con eficacia equivalente y con pocas diferencias en su toxicidad. No fue sino hasta los años 90 del siglo XX cuando se consigue reunir un grupo de fármacos llamados antipsicóticos "atípicos" con ciertas ventajas sobre los anteriores (por ejemplo, el control de síntomas reducía los riesgos de efectos adversos), fármacos que se han convertido en los predominantes en los países desarrollados.

El descubrimiento de los beneficios del litio resultó ser una combinación de una hipótesis incorrecta y extremadamente buena fortuna en la selección de una dosificación correcta. Aunque la clorpromazina se usa en el presente ocasionalmente, junto con la reserpina, son drogas que han sido suplantadas por agentes más recientes.

B. Farmacología

a. Clasificación

- **Clasificación clínico-farmacológica**

1. Antipsicóticos típicos (clásicos)

Su acción antipsicótica se ejerce al bloquear los receptores dopaminérgicos D2.

Son eficaces sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Tienen muchos efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.

2. Antipsicóticos atípicos (nuevos)

Su acción antipsicótica se ejerce no sólo por el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2, sino también por los de serotonina, histamínicos y muscarínicos. Presentan un espectro de eficacia mayor, incluyendo los síntomas negativos y positivos. Ocasionan menos efectos adversos incluyendo una baja incidencia de efectos extrapiramidales, además de una mínima afectación de la prolactina y otras hormonas.

- **Clasificación química**

En función de su estructura química, hay antipsicóticos:

- Típicos (Clásicos)
- Fenotiazinas: Las hay de tres tipos distintos:
 - Alifáticas. Ej: Clorpromazina, Levomepromazina, Trifluoroperazina.
 - Piperidínicas: Son las fenotiacinas menos potentes. Ej: Tioridazina, Periciazina.
 - Piperazínicas: Contienen un -OH, son muy lipofílicas, tienen mayor potencia. Ej: Trifluoperazina.
- Butirofenonas. Ej: Haloperidol: Poca actividad adrenérgica o muscarínica. Su presentación farmacéutica es de liberación lenta.
- Tioxantenos. Ej: Tiotixeno.
- Atípicos (Nuevos)

- Dibenzodiacepinas: Pocos efectos extrapiramidales, su acción es antagonista; predominantemente sobre los receptores 5HT₂. Ej.: Clozapina, Olanzapina, Clotiapina, Quetiapina.
- Bencisoxazoles: Producen mínima sedación y tienen bajo riesgo de efectos extrapiramidales. Ej.: Risperidona.

C. Mecanismo de acción y formas de empleo

Los neurolépticos pueden administrarse por vía oral, sublingual, intramuscular o endovenosa según sea el caso y el producto comercial. Al llegar al cerebro ocupan los receptores del neurotransmisor conocido como dopamina y en algunos casos también los de la serotonina. Actúan como antagonistas bloqueando sus efectos y producen un estado de tranquilidad e indiferencia inmediatas; es por esto que en 1952 el primer científico en experimentar con ellos los calificó de auténticos "lobotomizadores químicos".

La mayor parte de los neurolépticos son fuertes bloqueadores de los receptores post-sinápticos D₂ del sistema nervioso central, especialmente en el sistema frontal-mesolímbico. También se ha descubierto una densidad aumentada de receptores de dopamina en exámenes post-mórtem del cerebro de pacientes esquizofrénicos. Por ello se ha estipulado que la esquizofrenia puede ser causada por una excesiva actividad dopaminérgica. Adicionalmente, hay medicamentos que, como el levodopa y las anfetaminas, agravan la esquizofrenia o producen nuevas psicosis en algunos pacientes.

Sin embargo, existen otras posibilidades, pues no todos los antipsicóticos son completamente eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, y en algunos pacientes no tienen ningún efecto terapéutico. Se ha notado también que algunos de los más recientes fármacos tienen una débil asociación con los receptores D₂ y, sin embargo, son más efectivos que aquellos que son más afines por el receptor.

D. Usos terapéuticos

No se conoce aún el fundamento molecular de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, aunque las evidencias apuntan a un síndrome multifactorial. Al menos un gen ha sido asociado a la esquizofrenia en ciertas regiones del mundo, el gen

que codifica a la neuregulina 1. Los psiquiatras prescriben neurolépticos especialmente en cuadros clínicos de esquizofrenia, paranoia, psicosis orgánicas y funcionales. Existen cuadros clínicos en los que están severamente contraindicados, tal es el caso de la demencia de cuerpos de Lewy (DCL).

Los neurolépticos o tranquilizantes mayores también tienen uso diseminado en medicina veterinaria como agentes tranquilizantes, sedantes o hipnóticos, según la dosis, pues disminuyen la excitabilidad nerviosa sin llegar al embotamiento de la conciencia ni generar somnolencia. Disminuye la acción motora y se reduce el umbral de convulsiones.

También la acepromazina posee efectos antieméticos. Otros neurolépticos son: la carbamazepina, la acepromazina, el haloperidol y la olanzapina, un reciente antimaníaco.

Los antipsicóticos y benzodiacepinas son prescritos a los institucionalizados en residencias de ancianos careciendo de una indicación adecuada para su uso.

Unos tres millones de estadounidenses tienen esquizofrenia, un trastorno del cerebro, que se caracteriza por el pensamiento desorganizado, la agitación y los delirios. Otros cinco millones tienen trastorno bipolar, que se distingue por cambios repentinos entre estados de ánimo eufóricos, llamados manía, y estados de ánimo muy deprimidos, llamados depresión.

Para tratar a las personas con estas afecciones, con frecuencia, se utilizan fármacos denominados antipsicóticos, pero elegir el medicamento adecuado puede ser un desafío.

Para ayudar a los pacientes, a sus familiares y a sus médicos a elegir un antipsicótico, Consumer Reports ha evaluado los fármacos de esta categoría en función de su eficacia, seguridad y costo.

La mayoría de las personas a quienes se les diagnosticó esquizofrenia deberían probar un antipsicótico. Los fármacos pueden ayudar a las personas con esta afección a que sus vidas sean más significativas y más estables, con menos períodos de hospitalización o sin ellos. Los antipsicóticos también pueden ayudar a las personas con trastorno bipolar, pero otros tipos de fármacos son mejores

para el manejo a largo plazo de esa afección.

E. Recomendaciones

Los antipsicóticos pueden ser eficaces para el tratamiento de la esquizofrenia, pero muchas de las personas que los toman obtienen muy poco beneficio o directamente no se ven beneficiadas, o bien obtienen solo una reducción parcial de sus síntomas. Los efectos secundarios también constituyen un impedimento muy importante para su uso continuo. Los antipsicóticos más antiguos y menos costosos pueden actuar tan bien como aquellos que son más nuevos y más costosos.

Teniendo en cuenta la eficacia, la seguridad, los efectos secundarios, la variabilidad de los pacientes, la dosificación conveniente y el costo, hemos elegido los siguientes fármacos como:

- Perfenacina genérica, para las personas con esquizofrenia que no están satisfechas con su tratamiento actual y cuyo médico considera que vale la pena probar la perfenacina. Se debe supervisar de cerca a las personas que toman perfenacina, para detectar la presencia de temblores y espasmos musculares.
- Risperidona genérica, para las personas con esquizofrenia que primero han tomado perfenacina y obtuvieron un beneficio mínimo y/o experimentaron efectos secundarios intolerables.
- Olanzapina (Zyprexa), para determinadas personas con esquizofrenia que primero han tomado perfenacina y no obtuvieron ningún beneficio (u obtuvieron un beneficio mínimo) y/o experimentaron efectos secundarios intolerables. No es una buena opción para las personas con sobrepeso o que presentan anomalías en el nivel de azúcar en la sangre, diabetes o una enfermedad cardíaca.
- Clozapina genérica, para las personas con esquizofrenia de moderada a grave, que han obtenido una reducción escasa en sus síntomas, o directamente no la han obtenido, a pesar de haber probado dos o más antipsicóticos.

La perfenacina genérica si una persona responde bien a ella-puede ahorrarle miles de dólares al año en comparación con Zyprexa y Risperdal, la versión de marca de la risperidona, según la dosis que se requiera.

No podemos seleccionar un antipsicótico como Best Buy para las personas con trastorno bipolar. No se dispone de evidencia suficiente para hacerlo.

F. Efectos secundarios de los antipsicóticos

De leves a intensos:

Estos pueden disminuir o desaparecer con el tiempo, o bajar de intensidad si se reduce la dosis. La mayoría de las personas presentan más de uno de los siguientes efectos secundarios.

- Movimientos corporales anormales, espasmos musculares, temblores
- Visión borrosa
- Estreñimiento
- Mareos
- Sequedad en la boca
- Latidos cardíacos rápidos
- Disfunción sexual
- Balbuceo

Pueden ser graves

Puede ser necesaria la interrupción del tratamiento con dicho fármaco; en algunos casos, pueden volverse permanentes.

- **Granulocitopenia**, disminución de los glóbulos blancos que combaten las enfermedades, lo cual puede causar infecciones graves o mortales. (Este riesgo se asocia principalmente con la clozapina —se requieren análisis de sangre regulares para su uso—, pero también se ha informado con otros antipsicóticos).
- **Cambios en el metabolismo** que pueden causar diabetes y un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular.

- **Miocarditis**, una inflamación del músculo cardíaco que puede ser mortal. Este riesgo se asocia principalmente con la clozapina.
- **Síndrome maligno** por neurolépticos, se caracteriza por fiebre alta, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; puede ser mortal.
- **Convulsiones.**
- **Significativo aumento de peso**, aumento de peso del 7% o más. Por lo general, esto equivale a aproximadamente 12 libras o más.
- **Discinesia tardía**, se caracteriza por un movimiento corporal incontrolable que puede incluir temblores y espasmos.

3.1.2. ANSIOLÍTICOS

Un **ansiolítico** (del lat. *anxiūs*, "angustiado", y el gr. *λυτικός*, "que disuelve") o **tranquilizante menor** es un fármaco con acción depresora del sistema nervioso central, destinado a disminuir o eliminar los síntomas de la ansiedad. Fármaco ansiolítico ideal es aquel que alivia o suprime el síntoma de ansiedad, sin producir sedación o sueño.

Los **ansiolíticos** son medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central reduciendo la angustia y la ansiedad del paciente. Se utilizan, por lo tanto, para tratar los síntomas de **nerviosismo, insomnio, ansiedad**.

A. Importancia biomédica

Existe una clara tendencia a considerar el efecto ansiolítico como el primer paso de una línea continua de efectos progresivos: el de los ansiolíticos-sedantes-hipnóticos. Según ello, dosis crecientes de cualquiera de los componentes producirán sedación, sueño, anestesia, coma y muerte. Este concepto se fundamenta en la realidad impuesta por el desarrollo histórico de los fármacos: barbitúricos, meprobamato y benzodiazepinas.

Los barbitúricos eran los agentes ansiolíticos por excelencia. Éstos se caracterizan por una mayor incidencia de efectos secundarios, ya que producen

una depresión más generalizada del sistema nervioso. Los barbitúricos tienen un margen de seguridad muy estrecho; por esto se registraron en la literatura especializada numerosos casos de sobredosis accidentales. La intoxicación aguda por ingesta de barbitúricos se ha relacionado históricamente con una tasa de mortalidad inaceptable para los parámetros de la medicina actual. La evaluación riesgo-beneficio motivó su abandono definitivo como agente ansiolítico. Sin embargo, este balance resulta aún favorable en lo que respecta a su potencial terapéutico como anticonvulsivante, para casos específicos que no responden a la terapéutica convencional.

Con los barbitúricos era difícil diferenciar en la práctica la acción ansiolítica de la sedante e hipnótica. El meprobamato significó un avance en la diferenciación entre ansiólisis y sedación. Las benzodiazepinas se acercaron al ansiolítico ideal porque, aunque a dosis elevadas producen sedación y sueño, es posible manejarlas con mayor eficacia y menor riesgo. Recientemente, la introducción de ansiolíticos no benzodiazepínicos, como la buspirona, cuyo mecanismo de acción no está relacionado con la transmisión GABA y que carecen de acciones sedante, anticonvulsionante y relajante muscular, ha supuesto un nuevo paso hacia delante en la definición de la acción ansiolítica. Además, el análisis de la acción molecular de los fármacos ansiolíticos está contribuyendo a revelar las anomalías neuroquímicas que acompañan los diversos cuadros de ansiedad y a conseguir su normalización o ajuste mediante moléculas farmacológicas.

B. Clasificación de los ansiolíticos

Desde un punto de vista funcional, los ansiolíticos se clasificaron de la siguiente manera:

- Los que producen, además, un efecto sedantehipnótico: benzodiazepinas, barbitúricos y meprobamato.

La mayor parte de las benzodiazepinas producen ansiólisis, sedación, hipnosis, efectos anticonvulsivantes y miorelajación central. Para la ansiedad generalizada inespecífica, parecetener poca importancia la benzodiazepina que se seleccione pero a la vista de su eficacia relativa para algunos de estos efectos y de sus propiedades cinéticas, algunas pueden tener una indicación más clara en una

determinada circunstancia clínica. El grado en que se genera tolerancia a los efectos ansiolíticos de las benzodiazepinas es motivo de controversia. Sin embargo, hay pruebas de que no surge tolerancia importante a todos los efectos de estos medicamentos, porque algunos efectos de las dosis agudas en la memoria persisten en pacientes que los han usado durante años.

- Los agonistas parciales de los receptores 5-HT_{1A}: las azaspirodecanodionas, que representan un nuevo grupo de ansiolíticos cuyo principal representante es la buspirona, junto con la gepirona y la ipsapirona. Su perfil farmacológico es distinto al de las benzodiazepinas, pues su mecanismo de acción no está vinculado al receptor GABA y carecen de acciones hipnótica, anticonvulsivante y miorrelajante. Más que sedación producen insomnio. No alteran la memoria, ni provocan trastornos cognitivos o psicomotores. No interactúan con el alcohol ni otros depresores del SNC.
- Los que producen, además, un bloqueo de algún componente vegetativo: antihistamínicos, neurolépticos, antidepresivos y bloqueadores beta-adrenérgicos. Son fármacos de muy diversa naturaleza química y farmacológica, cuyo nexa es ejercer en ocasiones una acción ansiolítica y sedante, y bloquear las manifestaciones de algún componente del sistema nervioso vegetativo.
 1. Los antihistamínicos como la hidroxicina y la difenhidramina poseen cierta acción ansiolítica débil, aunque a dosis tan elevadas que producen intensa sedación.⁴Su utilidad está limitada a los pacientes con personalidad proclive a la adicción, alcohólicos o enfermos que no responden a otros tratamientos.
 2. Los neurolépticos en dosis diarias bajas tienen propiedades ansiolíticas; sin embargo, dados sus importantes efectos secundarios, incluida la discinesia tardía, debe restringirse su uso a los individuos que no responden a otra medicación, a los pacientes cuya ansiedad forma parte de un cuadro esquizofrénico y a ancianos que padecen primariamente de

⁴Rothschild, A. M. (1966). «Histamine release by basic compounds.En: Histamine and Anti-Histamines» (en Inglés). *Handbook of Experimental Pharmacology* (Berlín: Rocha e Silva, M.) **18**: pp. 386–430.

agitación.

3. Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación de 5-HT y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) muestran eficacia ansiolítica en trastornos ansiosos cuyo síntoma principal consiste en ataques de pánico.
4. Los bloqueadores beta-adrenérgicos son útiles para controlar las manifestaciones somáticas de carácter adrenérgico (palpitaciones, sudoración, temblor, etc.) propias de la ansiedad. Su acción se limita a suprimir las manifestaciones somáticas sin interferir en los mecanismos cerebrales de la ansiedad; de hecho, los resultados son más evidentes para el médico que para el propio enfermo.

C. Consideraciones al uso de ansiolíticos

El uso de ansiolíticos e hipnóticos es problemático. Las diferentes benzodicepinas parecen ser igualmente eficaces para aliviar los síntomas de ansiedad; la selección depende de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del fármaco. Las causas tratables de insomnio deberían ser estudiadas y corregidas antes de utilizar los hipnóticos. En general podemos decir que las benzodiazepinas de acción corta o intermedia como el alprazolam, lorazepam, oxazepam, temazepam, son preferibles para inducir sedación o sueño. Se deberían evitar las benzodiazepinas de acción larga ya que el riesgo de acumulación y toxicidad está incrementado, facilitando, pues, la aparición de somnolencia, empeoramiento de la memoria y del equilibrio con riesgo de caídas y fracturas. El tratamiento de la ansiedad y del insomnio debe ser limitado en el tiempo si es posible, ya que se puede producir tolerancia y dependencia; además, la retirada del fármaco puede hacer que vuelva a aparecer el insomnio y la ansiedad. La buspirona es igualmente eficaz que las benzodiazepinas en el tratamiento de la ansiedad general; los pacientes mayores toleran dosis hasta de 30 mg/d. Como el comienzo de las acciones ansiolíticas es lento (hasta 2 o 3 sem) puede suponer una desventaja en el tratamiento de casos urgentes.

La gran mayoría de medicamentos usados con este fin son las denominadas

benzodiazepinas.

D. Tipos de benzodiazepinas

Entre las benzodiazepinas podemos distinguir **las que tienen una duración corta de su actividad** (entre 2 y 10 horas) **o más larga** (sus efectos se mantienen más de 12 horas). La velocidad con que se inicia su efecto también es importante para manejar según qué situaciones. Por ejemplo, delante de un problema de insomnio en el que se presenta retraso a la hora de conciliar el sueño se prescribirá una benzodiazepina que se caracterice por un inicio de su acción bastante inmediato y que esta acción sea de duración corta, para no dejar somnolencia residual al día siguiente.

En cambio, en insomnio que se manifiesta por un despertar temprano, se prescribirá un fármaco con una absorción un poco más lenta, pero que no tenga una duración larga de la actividad para que se ajuste al período natural del sueño. Ante una situación de ansiedad se suelen prescribir las benzodiazepinas que mantienen un efecto más duradero, pero ante una situación que precisa un efecto terapéutico rápido, como puede ser un ataque de pánico, se usarán las que tienen un inicio de acción inmediata.

¿Pueden causar dependencia?

La selección de un tipo determinado de medicamento ansiolítico, sea una benzodiazepina u otro fármaco relacionado, así como el ajuste individual de la dosis, se realiza por el tipo de acción que se necesita y en función de los riesgos o efectos adversos que puedan presentarse con más probabilidad y que pueden ser más o menos perjudiciales para el paciente. En las benzodiazepinas de acción larga, por ejemplo, puede producirse somnolencia excesiva que puede dar lugar a accidentes en manejo de maquinaria o conducción, o bien una mayor posibilidad de caídas en personas de edad avanzada.

Debe tenerse presente, asimismo, que **son medicamentos que pueden causar dependencia física y psicológica** y por lo tanto deberán usarse durante cortos períodos de tiempo. **Si se abandona un tratamiento de larga duración de manera brusca el paciente puede presentar síntomas de abstinencia.**

Es importante el cumplimiento correcto del tratamiento prescrito para evitar la presentación de posibles efectos no deseados y para controlar las numerosas interacciones que pueden presentarse con otros fármacos que también esté tomando el paciente.

Son medicamentos que deben usarse en la menor dosis efectiva y durante períodos de tiempo limitados o incluso de manera intermitente.

No deben tomarse junto a bebidas alcohólicas ya que se potencia la acción depresora del sistema nervioso.

3.1.3. HIPNÓTICOS

Son medicamentos que causan sueño o pérdida parcial del conocimiento. Los hipnóticos (somniaferos) se prescriben para el insomnio (dificultad para dormir). Estos fármacos incluyen benzodiacepinas y no benzodiacepinas.

Los hipnóticos sólo se deben tomar bajo la supervisión de un médico. Pueden ser peligrosos cuando se mezclan con alcohol o entre sí, ya que pueden llevar a un exceso de somnolencia (sedación) e incluso a la muerte.

Antes de tomar un hipnótico para los problemas de sueño, usted y su médico deben considerar lo siguiente:

- Abordar primero cualquier problema de salud mental, como ansiedad o depresión.
- Como regla general, no tome pastillas para dormir más de 3 días por semana.
- Las técnicas conductivas o psicológicas algunas veces pueden curar el insomnio. Las pastillas para dormir sólo ayudan mientras las esté tomando.
- Los hipnóticos pueden aumentar el riesgo de caídas y pérdida de memoria en los ancianos.
- Algunos hipnóticos son adictivos. Los hipnóticos no benzodiazepínicos pueden ser menos adictivos que los hipnóticos benzodiacepínicos. Sin embargo, los primeros pueden causar comportamientos peligrosos o extraños, como conducir, hacer llamadas telefónicas o comer mientras está dormido.

- Al tomar un fármaco hipnótico, empiece con la dosis más baja posible, sobre todo si usted es una persona de edad avanzada.
- Deje de tomar los hipnóticos gradualmente para reducir el riesgo de problemas de abstinencia o del sueño posteriormente.

A. Hipnóticos benzodiacepínicos

- Las benzodiacepinas de acción prolongada abarcan flurazepam (Dalmane), clonazepam (Klonopin) y quazepam (Doral).
- Las benzodiacepinas de acción corta o media abarcan triazolam (Halcion), lorazepam (Ativan), alprazolam (Xanax), temazepam (Restoril), oxazepam (Serax), prazepam (Centrax), estazolam (ProSom) y flunitrazepam (Rohypnol). Las benzodiacepinas de acción corta pueden ser útiles para viajeros en avión que quieran reducir los efectos de los desfases horarios.
- En general, las benzodiacepinas son medicamentos seguros y eficaces para el insomnio y algunos trastornos de ansiedad; sin embargo, su uso diario y prolongado puede llevar a la adicción en algunas personas. Los antidepresivos, que no son adictivos, con frecuencia se usan para el tratamiento a largo plazo de muchos trastornos de ansiedad.
- Las benzodiacepinas pueden tener muchos efectos secundarios. Los más comunes son la somnolencia diurna y una sensación de resaca, que puede aumentar el riesgo de accidentes automovilísticos. Las benzodiacepinas también pueden empeorar ciertos problemas respiratorios y pueden llevar a caídas en los ancianos. Las benzodiacepinas tomadas durante el embarazo pueden estar asociadas con defectos congénitos (como el paladar hendido).
- Las benzodiacepinas pueden ser peligrosas cuando se utilizan en combinación con el alcohol o entre sí. Las sobredosis pueden ser graves, aunque muy rara vez son mortales.
- Con el tiempo, estos fármacos pueden perder su efectividad. La gente puede querer aumentar su dosis, lo cual puede llevar finalmente a la adicción en algunas personas.
- Los síntomas de abstinencia pueden ser muy serios si usted deja de tomar las

benzodiacepinas repentinamente. Dichos síntomas pueden abarcar insomnio, ansiedad, y, en casos extremos, la muerte. Si usted quiere dejar de tomar benzodiacepinas, hable con su médico respecto a una forma segura de hacer esto.

B. Hipnóticos no benzodiacepínicos

Los medicamentos más nuevos llamados no benzodiacepínicos pueden mejorar el insomnio con menos efectos secundarios que las benzodiacepinas. Sin embargo, como se acotó arriba, algunas veces causan comportamientos peligrosos o extraños, como conducir, hacer llamadas telefónicas o comer estando dormido. En general, estos fármacos se recomiendan para su uso a corto plazo (1 a 4 semanas), debido a que también pueden volverse adictivos.

- Zaleplon (Sonata) dura por un tiempo corto, de manera que es mejor para personas que tengan problemas para conciliar el sueño.
- Zolpidem (Ambien, Ambien CR) es uno de los fármacos más comúnmente recetados para el insomnio. Dura más tiempo que el zaleplon. Usted no debe tomarlo a menos que planee dormir de 7 a 8 horas.
- Eszopiclona (Lunesta) mejora el insomnio.
- Ramelteon (Rozerem) es el tipo de hipnótico más nuevo. Una ventaja de este medicamento es que no crea hábito.

3.2. PSICOANALÉPTICOS

Producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la cocaína o las anfetaminas) y menores (como la nicotina o las xantinas: cafeína, teína, teobromina).

El mecanismo de acción de estas drogas, corresponde a un fenómeno de excitación sobre las neuronas (células cerebrales), estimulando el funcionamiento del organismo.

Así, las personas que las consumen, estimulan superficialmente la agudeza mental y la actividad física; se siente más alerta, con una sensación de euforia (alegría, exaltación),

posee mejor estado de ánimo y mayor energía, deteriorando la calidad de las funciones habituales.

Producen una activación general del sistema nervioso central, dando lugar a un incremento de las funciones corporales. Se establece una distinción entre estimulantes mayores (tales como la cocaína o las anfetaminas) y menores (como la nicotina o las xantinas: cafeína, teína, teobromina).

3.2.1. ANTIDEPRESIVOS

Tienen como acción principal corregir el humor depresivo. A veces estos medicamentos sobrepasan el fin con el que se utilizan y provocan una INVERSION DE FASE, el paciente pasa de una fase depresiva a una fase maniaca.

Son fármacos que se emplean en cualquier tipo de depresión, xq hay depresiones clásicas y tamb depresiones distintas.

A veces les utilizamos en pacientes esquizofrénicos, xq la esquizofrenia con relativa frecuencia se acompaña de síntomas depresivos y otras veces el tratamiento de la esquizofrenia con neurolépticos puede provocar la aparición de síntomas depresivos.

Cuando se utilizan antidepresivos en la esquizofrenia o delirios crónicos hay que hacerlo con cuidado, porque los antidepresivos pueden reactivar la sintomatología psicótica.

3.2.2. DEPRESORES

Un **depresor** es una sustancia química que ralentiza la actividad del sistema nervioso central. Los depresores son utilizados en medicina como ansiolíticos, sedantes o somníferos. También son utilizados con fines no terapéuticos como drogas lúdicas o de abuso.

Sus efectos inducen:

- Sensación de calma y de bienestar lo que disminuye la ansiedad.
- Somnolencia.
- Euforia en pequeñas dosis.

- Sensación de aturdimiento.
- Relajación muscular.
- Disminución de la velocidad de los movimientos y de los reflejos, incluso pérdida de la coordinación motriz.
- A veces náuseas.

En caso de sobredosis, estas sustancias pueden provocar la muerte por depresión respiratoria.

Los depresores más comunes son el alcohol, los opioides, los barbitúricos y las benzodiazepinas.

Los depresores del sistema nervioso central son sustancias que pueden disminuir la función normal del cerebro. Existen numerosos depresores del SNC, la mayoría de los cuales actúan sobre el cerebro afectando el neurotransmisor ácido gammaaminobutírico (GABA). Los neurotransmisores son sustancias químicas cerebrales que facilitan la comunicación entre las células cerebrales. El GABA funciona disminuyendo la actividad cerebral. Aunque las diferentes clases de depresores del SNC trabajan en maneras únicas, en definitiva es a través de su habilidad de aumentar la actividad del GABA que los depresores producen un efecto somnoliento o calmante.

Durante los primeros días en que se comienza a tomar un depresor del SNC recetado, la persona generalmente se siente somnolienta y con falta de coordinación. Sin embargo, a medida que el cuerpo se va acostumbrando a los efectos de la droga, estas sensaciones empiezan a desaparecer. Si se usan estas drogas por largo tiempo, el cuerpo desarrolla una tolerancia hacia la droga y necesitará dosis más fuertes para lograr los mismos efectos iniciales. Además, el uso continuo puede conducir a la dependencia física y, cuando se reduce o interrumpe su uso, al síndrome de abstinencia.

Como los depresores del SNC trabajan disminuyendo la actividad cerebral, cuando una persona deja de tomarlos, la actividad cerebral puede acelerarse fuera de control pudiendo producir convulsiones u otras consecuencias dañinas. El síndrome de abstinencia después del uso prolongado de depresores del SNC

puede causar complicaciones que ponen en peligro la vida del usuario.

Si se usan los depresores del SNC con estas otras sustancias, especialmente con el alcohol, pueden disminuir la respiración o incluso disminuir ambos, el ritmo cardíaco y la respiración, lo que pudiera ocasionar la muerte.

Los depresores se clasifican en: cannabis (marihuana), tranquilizantes, alcohol, opiáceos, barbitúricos, inhalables

3.2.3. ESTIMULANTES

Como el nombre sugiere, los estimulantes son una clase de drogas que intensifican la actividad cerebral, ocasionan un aumento en la agudeza mental, en la atención y en la energía, que son acompañados por un alza en la presión arterial y un aumento en la velocidad del corazón y en la respiración. Históricamente los estimulantes se utilizaban para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, trastornos neurológicos y una variedad de otras dolencias. Sin embargo, al hacerse aparente su potencial para el abuso y la adicción, el uso médico de los estimulantes comenzó a disminuir. Ahora, los estimulantes solamente son prescritos para el tratamiento de unas pocas condiciones médicas como la narcolepsia, la hiperactividad con déficit de atención y para casos de depresión que no han respondido a otros tratamientos. Se pueden usar los estimulantes como supresores del apetito para un tratamiento a corto plazo para la obesidad y también para pacientes asmáticos.

Los estimulantes, tienen una estructura química similar a la de una familia clave de neurotransmisores cerebrales llamados monoaminas, que incluyen la norepinefrina y la dopamina. Los estimulantes aumentan la cantidad de estas sustancias químicas en el cerebro. Esto, a su vez, aumenta la presión arterial y la velocidad del corazón, oprime los vasos sanguíneos, aumenta la glucosa en la sangre y abre los conductos del sistema respiratorio. Además, el aumento en la dopamina está asociado con un sentimiento eufórico que puede acompañar al uso de estas drogas.

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser peligrosas. Cuando se toman dosis altas de algunos estimulantes repetidamente durante un corto período

de tiempo, se pueden producir sentimientos de hostilidad o de paranoia. Además, el uso de dosis altas de un estimulante puede ocasionar que la temperatura del cuerpo suba peligrosamente y causar latidos irregulares del corazón. También existe la posibilidad de un fallo cardiovascular o convulsiones letales.

Los estimulantes se clasifican en: cocaína, alucinógenos de origen natural y sintético, anfetaminas, metanfetaminas.

3.3. ENFERMEDADES MENTALES DE MAYOR INCIDENCIA

3.3.1. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia (del griego, *schizo*: "división" o "escisión" y *phrenos*: "mente") es un diagnóstico que describe un grupo de síntomas y signos que están presentes en algunas personas, caracterizado por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social.

Se define la esquizofrenia como un trastorno fundamental de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas⁵. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma .

En el diagnóstico enfermero (NANDA), la esquizofrenia está comprendida por los trastornos del proceso del pensamiento, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la comunicación, déficit de autocuidado baño-higiene, deterioro del patrón del sueño, deterioro del patrón social, desesperanza y baja autoestima situacional.

a. Síntomas positivos y negativos

Los términos positivo y negativo han sido descritos fundamentalmente por

⁵ DSM-IV.(2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.

Berrios⁶; explicando que en un inicio se emplearon estos términos para describir estados clínicos asociados a diferentes procesos funcionales. En la terminología actual, los conceptos positivo y negativo hacen referencia a la exageración de una función o comportamiento que un sujeto normal no presenta (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado) y a la ausencia o déficit de la función o comportamiento (embotamiento afectivo, pobreza del habla, abulia, anhedonia).

b. Tipos de esquizofrenia

Según las características del humor y de la conducta. Los tipos principales son:

- ***Simple***

Se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa de la volición, la ambición y los intereses, que da origen a deterioro de los procesos mentales y de las relaciones interpersonales y a un ajuste en un nivel inferior de funcionamiento.

- ***Hebefrénica***

Caracterizada por desorganización del pensamiento, poco afecto e inadecuado, idiótica y manierismo; con frecuencia entraña manifestaciones hipocondriacas.

- ***Catatónica***

Variedad excitada: se caracteriza por actividad motora excesiva y a veces violenta y excitación.

Variedad Inhibida: que se caracteriza por inhibición generalizada que conductualmente se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cética.

- ***Esquizoaffective***

Se caracteriza por una mezcla de síntomas esquizofrénicos y relación o depresión intensas.

⁶ BERRIOS GE. (2001). *Positive and negativesignals: a conceptual history. En: Negative versus positive schizophrenia*. Eds A. Marneros, N.C. Andreasen y M.T. Tsuang. Berlin: Spriger, pp 8-27.

– ***Paranoide***

Se caracteriza por ideas delirantes de persecución o grandiosidad, alucinaciones, a veces religiosidad excesiva, y conducta hostil o agresiva.

– ***Crónica, indiferenciada***

Síntomas esquizofrénicos mixtos (o de otros tipos), junto con alteraciones del pensamiento, afecto y conducta.

3.3.2. DEPRESION

3.3.2.1.GENERALIDADES

El individuo como una unidad bio – psico- social, se enfrenta a muchas dificultades en la vida diaria, desadaptación e inseguridad que conlleva a la depresión.

La depresión tiene múltiples repercusiones psicológicas, biológicas, sociales, espirituales, laborales económicas, conyugales, conductuales, sexuales, entre otros. Estas repercusiones influyen en el desarrollo fisiológico del recién nacido, del pre – escolar, escolar, adolescencia y adultos en su vida conyugal sexual y profesional.

Este trastorno se presentan en todos los individuos, como frecuencia la ocultan poniéndose una mascara de jovialidad para ocultar sus tristezas o la encubren con alguna enfermedad física, e incluso se presenta en personas que han obtenido grandes logros en su vida.

Este fenómeno psicopatológico se da en 4 Sentidos básicos.

- **COMO SINTOMA:** que puede acompañar a otros trastornos Psicopatológico.
- **COMO SINDROME:** en el que agrupa una serie de procesos Caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía, y perdida del impulso vital.
- **COMO ENFERMEDAD:** en la que se reconoce una etiología, una

Clínica, curso, pronóstico, y un tratamiento.

- **COMO ESTADO DE ANIMO:** afecto o emoción que impregna la experiencia humana normal.

“las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos , que se caracteriza por un estado de animo deprimido, disfrute, apatía, perdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía , insomnio, anorexia e indicación suicida las personas que la producen a menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados”⁷

Según w. zung es un estado de alteración emocional caracterizado por sensaciones de tristeza, frustración de eventos que representa perdidas emocionales de diversas índoles.

3.3.2.2.ETIOLOGIA

Se han propuesto diversos factores como causa de la aparición de la depresión. por un lado, como origen de la depresión se han hallado alteraciones orgánicas y, por otro, factor psicosociales. Los estudios sobre etiología de la depresión proponen que tanto las variables orgánicas como las psicosociales actúan conjuntamente en el desarrollo y mantenimiento de la depresión a partir de los hallazgos relacionados con variables biológicas, se proponen diversas patologías como posible origen de los síntomas depresivos.

3.3.2.3.HIPOTESIS BIOLOGICAS:

A. Hipotesisneuroquimica

En la depresión esta hipótesis se sustenta en la menor actividad de las aminas biogénicas. Serotonina, noradrenalina y dopamina se observa una alteración de los metabolitos de las aminas biogenas, acido 5 hidroxindolacetico (5- HIAA derivados de la serotonina), acidohomovanilico

⁷ **TORO** G.R. Fundamentos de la Medicina Psiquiatria. Editorial Medellín 2002.pag131-132

(HVA derivado de la dopamina) 3- metoxi 4- hidroxifenilglicol (MHPG derivados de la noradrenalina), en sangre, en orina y liquido cefalorraquídeo, algunas pacientes agresivos, violentos y deprimidos suicidas tienen disminución de 5HIAA en liquido cefalorraquídeo.

B. Hipotesis Neuroendocrina

En la depresión la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso- suprarrenal determinada hipersecreción de cortisol. Se observa menor liberación de tiotropina (THS) y disminución de hormona del crecimiento (GH), hormona folículo- estimulante (FSH), luteinizante (LZ) y testosterina. Tanto en la manía como en la depresión, están disminuidas las funciones inmunes.

C. Hipotesis Genética

En el ámbito de la epidemiología genética, los estudios en familias ofrecen información sobre la transmisión hereditaria del trastorno. Existen claras evidencias de la existencia de un componente heredable en su desarrollo.

Sin embargo, no se ha podido esclarecer aun la forma de transmisión de estas enfermedades y tampoco se han podido esclarecer aun la forma de transmisión de estas enfermedades y tampoco se han podido identificar los genes responsables, a pesar de los impresionantes avances que en genética molecular han tenido lugar en las ultimas décadas. “la historia familiar es importante estimulándose que el riesgo de desarrollar depresión es de 25 a 30% cuando uno de los padres tienen depresión; y de 70 a 75% cuando ambos padres tienen historia de depresión”

3.3.2.4.HIPOTESIS PSICOSOCIALES

A. Teoría Psicoanalítica

La depresión es entendida como la perdida simbólica o reales de una persona amada (objeto de amor), percibida como rechazo, la manía es considerada como una defensa contra la depresión subyacente. Freud postulo que la ambivalencia internalizada hacia el objeto de amor puede provocar una forma

de duelo patológico si el objeto se pierde o es percibida como perdido.

B. Teoría Cognitiva

Triada cognitiva de Aaron Beeck

- Concepto negativo de si mismo (“las cosas son malas porque yo soy malo”)
- Interpretación negativa de la experiencia (“todo ha sido siempre malo”)
- Concepto negativo del futuro (“Anticipación al fracaso”)

Esta teoría postula que la depresión aparece cuando un individuo es impotente para controlar los hechos; la teoría deriva del comportamiento observado en animales de experimentación que reciban descargas eléctricas al azar, de las cuales no podían escapar.

3.3.2.5.EPIDEMIOLOGIA

Una de cada cinco personas sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12 % aproximadamente la sufre. Entre 20 y 30 % de personas que la sufren y no reciben tratamiento intenta el suicidio. La prevalencia de los trastornos depresivos en el Perú en los establecimientos de salud de MINSA es de 4.8% en 1997 y en 1998 de 5.1%, cifras que están muy por debajo a lo registrado a nivel mundial.

En los estudios epidemiológicos de la salud mental en el Perú realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – HideyoNoguchi”, reportan que la Prevalencia de vida de trastornos mentales según la CIE 10 respecto al Episodio depresivo halló en Lima y Callao (2002): 18.2 %; en la sierra (2003): 16.2 %; y, en la selva (2004): 21.4 %.

3.3.2.6.SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESION

a) Psicológicos :

Culpa, tristeza, ansiedad, irritabilidad, anhedonia, desamparo y desvalorización, desesperanza, perdida de la capacidad de experimentar, placer, pensamiento obsesivo, disminución de la memoria, falta de

concentración pensamientos suicidas

b) Sociales:

Retraimiento social, disfunción sociolaboral.

c) Neurovegetativos:

Disminución de la energía, agitación, retardo psicomotor, insomnio o Hiperinsomnio, disminución de la libido, variaciones diurnas del estado de ánimo.

d) Somatico: trastornos del apetito, constipación.

3.3.2.7.MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las manifestaciones clínicas se presentan a través de 2 componentes.

Componente Físico y Somático. El sujeto presenta una impotencia física que en ocasiones se acompaña de insomnio. En cierto número de casos se comprueba la inexistencia de signos neurovegetativos de adelgazamiento, mas o menos importantes, retardo en las funciones digestivas con sus manifestaciones de anorexia y estreñimiento y un estado saburral de la boca mas o menos manifiesto, la respiración es a veces mas lenta .

Componente Psíquico. El deprimido tiene también la sensación de impotencia psíquica, incapacidad para realizar un esfuerzo intelectual, disminución de su capacidad de atención, lentitud de evocación de memoria y rápida fatigabilidad, ante cualquier trabajo mental.

3.3.2.8.CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CI-10)

A. Episodios Depresivos

Según el CIE-10, se presentan las siguientes manifestaciones Clínicas, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, aparece, incluso tras un esfuerzo mínimo.

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Una perspectiva sombrío del futuro.
- e) Los pensamientos y actos” suicidas o de auto agresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

Perdida del interés o la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Perdida de reactividad emocional acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse Por la mañana dos o mas horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada del apetito.

B. Episodio Depresivo Leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnostico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no la deje por completo.

- **Sin síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo leve y están presentes pocos síntomas Somáticos o ninguno.

- **Con síntomas somáticos**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están Presentes cuatro o más de, los síntomas (si están presentes solo tres, Pero de una gravedad excepcional, puede estar justificada utilizar esta categoría).

C. Episodio Depresivo Moderado

Deben de estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas.

Es probable que varios de los síntomas se presentan en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos.

- **Sin síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo moderado y están presentes síntomas somáticos.

- **Con síntomas somáticos**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificada utilizar esta categoría).

D. Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de si mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben

ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas para si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o domestica más allá de un grado muy limitado.

Clasificación de la Depresión según el Dr. W. Zung

El Dr. W. Zung elaboró una lista de síntomas que considera como características de depresión, los que de acuerdo a la intensidad, se considera.

- **Depresión Leve**

El síntoma depresivo es indudable pero faltan características como un marcado retardo motor, agitación, delirio, intranquilidad, aunque con dificultad el paciente puede satisfacer las demandas de la vida cotidiana.

- **Depresión Moderada**

Se puede encontrar retardo, agitación, ideas de insuficiencia, experiencia de ineficacia, así como otras ideas o planes concretos de suicidio. Este estado puede interferir con las actividades diarias del que la padece.

- **Depresión Intensa**

Existe un retardo y agitación muy marcado, ideas delirantes, planes o actos suicidas, el funcionamiento social está trastornado o prácticamente suprimido, presenta marcada incapacidad funcional.

3.4. FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Las terapias familiares en los trastornosmentales graves parten del supuesto de quedichos trastornos pueden tener una etiologíamultifactorial y de que el contexto ambientalpuede jugar un papel importante, tanto en elorigen como en la evolución del

trastorno.

Una ojeada a la reciente historia del tratamiento de los trastornos mentales nos permite diferenciar diversas etapas y derivar también ciertas conclusiones. En las décadas de 1950 y 1960, con el comienzo de la utilización de los neurolepticos para el tratamiento de las psicosis, surgió la esperanza de poder controlar los síntomas positivos, es decir, las características más patológicas, como son las alucinaciones y los delirios, y de poder tratar a pacientes graves con esquizofrenia en la comunidad. Por otra parte, suponiendo que los síntomas negativos tales como la apatía, la falta de motivación, el empobrecimiento afectivo y el deterioro funcional, podrían ser una consecuencia del internamiento prolongado de los pacientes en las instituciones psiquiátricas, se veía con optimismo y con esperanza que, una vez controlados los síntomas más perturbadores, como son los positivos, y al permitir a los pacientes convivir con sus familiares en el hogar y en ambientes más naturales en la comunidad, no se instaurarían en ellos dichos síntomas negativos.

La década de 1970, sin embargo, ofreció un panorama bastante menos optimista, al comprobarse que los efectos secundarios de la medicación neuroleptica daban lugar a un importante incumplimiento del programa terapéutico por muchos pacientes, apreciándose tasas de recaída del 30-50% en el periodo de uno o dos años siguientes al inicio del tratamiento; así como ausencia de mejoría en la sintomatología aguda en una pequeña proporción de pacientes medicados. Incluso en la actualidad, se sigue comprobando (en seguimientos de 5 años) que el 50% de los pacientes con esquizofrenia presenta una mala evolución, a pesar de seguir la medicación antipsicótica; y que el 75% sigue la medicación de forma errática, entre otras razones por los molestos efectos secundarios.

Los trabajos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff en ese periodo y en la década siguiente (Leff, 1987; Vaughn y Leff, 1976) abrieron una nueva línea de investigación, al plantear la posible existencia de factores de estrés, tal vez presentes en el hogar de los pacientes, que guardasen relación con una elevada tasa de recaídas sintomáticas. Estas investigaciones dieron lugar al fructífero constructo de la emoción expresada, que tanto interés recibió por clínicos e investigadores. La emoción expresada es un concepto que hace referencia a ciertos comportamientos manifestados por algunos

familiares que conviven con un paciente, caracterizados por elevados niveles de crítica, de hostilidad y desobreimplicación emocional que habitualmente dirigen hacia él, y que han demostrado guardar alta correlación con el agravamiento de los síntomas psicóticos y de la necesidad de hospitalización.

En ese mismo periodo, e integrando dichos hallazgos, surgió el modelo de Vulnerabilidad-Estrés, propuesto por Zubin y Spring (1977), como explicación de la esquizofrenia. Dichos modelos, superando planteamientos radicalmente biológicos, sugiere que la esquizofrenia es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neuro-desarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales. Es decir, la psicosis esquizofrénica podría ser el resultado de ciertas características constitucionales de predisposición (innatas o adquiridas en periodos críticos del desarrollo temprano), pero que se convierten en dicho trastorno sólo cuando la persona está sometida a circunstancias vitales problemáticas o estresantes.

En gran medida, toda la investigación posterior sobre la etiología de la esquizofrenia, así como el desarrollo de programas de intervención terapéutica, ha estado influida tanto por dichos modelos como por la investigación familiar sobre la emoción expresada. En particular, ha recibido especial atención la combinación de terapia farmacológica e intervenciones familiares en la investigación de las últimas décadas.

El modelo de Vulnerabilidad-Estrés concibe, pues, los síntomas psicóticos como el resultado de la acción conjunta de estresores ambientales y de la vulnerabilidad personal. Como marcadores de la vulnerabilidad se incluyen el déficit en el procesamiento de la información, manifestado en diversas tareas de laboratorio; factores bioquímicos quizá todavía no suficientemente determinados; déficit en habilidades sociales y en el procesamiento de señales afectivas; a los que también se añade más tarde pobre cumplimiento del tratamiento farmacológico, una vez que éste es prescrito. Estos factores también pueden aumentar la aparición de estresores ambientales o amplificar sus efectos; y entre los estresores ambientales se incluyen el abuso de drogas, así como diversos estresores psicosociales, como son los sucesos vitales problemáticos o los ambientes familiares críticos, problemáticos, hostiles o excesivamente ansiosos.

Los marcadores endofenotípicos

La investigación neurocognitiva sobre la esquizofrenia y la personalidad esquizotípica es muy abundante y ha revelado que está afectado un amplio número de áreas cerebrales, con mayor evidencia de deterioro en estructuras implicadas en las funciones ejecutivas, en la memoria operativa, en el aprendizaje y la memoria verbal y espacial, en la inhibición latente, en el priming negativo y en las habilidades motoras (Claridge y Beech, 1996; Chen, Hsiao y Lin, 1997; Voglmaier et al., 2000, 2005).

Por otra parte, la literatura psicofisiológica sobre la personalidad esquizotípica es también muy extensa y ha demostrado paralelismo con los déficits encontrados en la esquizofrenia: fallo en los procesos inhibitorios que revelan excesiva activación cortical, la reducida supresión de la onda P50 y la reducida inhibición prepulso del reflejo de sobresalto. La reducida inhibición, la hiperactivación y la falta de filtrado de estímulos ambientales que normalmente deberían ignorarse, podrían explicar la mayoría de las características cognitivo-perceptivas de la esquizotipia, cuya base puede estar en estructuras prefrontales, hipocámpicas y talámicas.

Diversas investigaciones han señalado que tanto las personas con esquizofrenia como algunos familiares de primer grado de dichos pacientes, y también personas con rasgos esquizotípicos, manifiestan déficit en paradigmas experimentales que requieren poco o ningún esfuerzo cognitivo (Braff, 2004). Por otra parte, estudios neuropatológicos y técnicas de neuroimagen han identificado anomalías en varios ejes de las cortezas frontal y temporal, así como en el circuito cortico-estriado-palido-talámico que controla la modulación del procesamiento y del filtrado de la información. Si bien dichas anomalías y déficit cognitivos se intentan relacionar con los síntomas positivos y negativos de la psicosis, es posible que afecten también a otras habilidades instrumentales para la vida diaria, a las relaciones interpersonales, a la capacidad laboral y a otras conductas relacionadas con los auto-cuidados. Entre los paradigmas psicofisiológicos utilizados en la esquizofrenia para explorar dichos déficits, se encuentran la inhibición prepulso, los potenciales evocados (P50, P300 y mismatch negativity), tareas óculo-motoras (los movimientos oculares de seguimiento o rastreo de un estímulo y los movimientos oculares anti-sacádicos), la inhibición latente y otras medidas de habituación.

Las intervenciones terapéuticas

De acuerdo con estos supuestos, las intervenciones terapéuticas desarrolladas en las últimas décadas se han dirigido al control tanto de los factores de estrés como de los factores de vulnerabilidad. Entre las primeras, se encuentran las intervenciones familiares, dirigidas a cambiar los ambientes adversos en el hogar; el entrenamiento en habilidades sociales con los pacientes, para reforzar sus capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; la psicoeducación, para dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares hacia la enfermedad y de los propios pacientes, favoreciendo así un rol activo del paciente en la gestión de su propio trastorno, y mejorar el cumplimiento terapéutico; y más recientemente las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, con el fin de reducir los síntomas positivos, en interacción con la medicación, de favorecer el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y de intervenir sobre las distorsiones del pensamiento y en el procesamiento anómalo de la información.

A partir de finales de 1980, se acentúa el interés de incluir a los familiares de los pacientes con psicosis en programas específicos de tratamiento; surgen movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad y su influencia sobre el funcionamiento del paciente; y decididamente se apostó por que fueran un aliado en el proceso terapéutico. Si bien la familia no está implicada en la etiología de la enfermedad, se presupone que los intentos de modificar positivamente el clima emocional de la familia también modificarán favorablemente la evolución clínica del paciente concreto.

Esta corriente facilitó el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar, de los cuales las intervenciones familiares conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, las más investigadas, y las que más resultados prometedores han producido (Fadden, 1997; Vallina Fernández y Lemos Giráldez, 2000).

Los principios básicos, comunes a dichos modelos de intervención, en los que se inspiran los tratamientos familiares en las psicosis han sido los siguientes (Lam, 1991)

- Una cooperación positiva y relación de trabajo genuina entre los familiares y los profesionales de la salud mental. Una actitud no culpabilizadora de los

terapeutas,asumiendo el deseo que tienen los familiaresde ayudar, incluso cuando su manera demanejar los problemas pudiera no pareceracertada; respeto hacia sus propiasnecesidades y reconocimiento de lasobrecarga que supone convivir y cuidar alenfermo.

- Proporcionar estructura y estabilidad. Unprograma terapéutico con contactos regularesy estables, que proporcione a la familia unplan asistencial, que les ayude a disminuir lasensación de descontrol e impredecibilidadque puede generar la psicosis. Del mismomodo, se resalta la necesidad de desarrollarcilimas familiares igualmente predecibles,estructurados y estables.
- Centrarse en el “aquí y ahora”. Todos losprogramas de tratamiento se dirigen a trabajarcon los problemas y con el estrés queencaran las familias día a día; en identificar sumanera de enfrentarlos, evaluando sus puntosfuertes y débiles; analizando también cómoson las relaciones mutuas dentro de cadafamilia, y la forma cómo cada uno percibe losproblemas y ensaya una solución.
- Utilización de conceptos familiares. Seestablecen límites interpersonales e intergeneracionalesclaros, apoyando a la parejapaterna y promoviendo la separación eindependencia del hijo enfermo cuando seanecesario; y se establece una visión de lafamilia como un todo, analizando el efecto quele producen los distintos problemas quesoporta.
- Reestructuración cognitiva. Mediante lapsicoeducación se proporciona a la familiauna explicación de la enfermedad que désentido a las conductas y sentimientos delpaciente y a las suyas propias. Se poneespecial atención en excusar al paciente desu sintomatología, evitando juicios morales,cualquier intencionalidad sobre la misma,especialmente sobre los síntomas negativosde abandono, apatía, aislamiento, etc.
- Metodología conductual. El trabajo clínico secentra en la solución de problemas concretos,evaluando los recursos y las necesidades dela familia, estableciendo metas realistas,fijando prioridades, descomponiendo lasmetas en pequeños pasos sucesivos,estableciendo tareas a realizar en casa yrevisándolas en encuentros posteriores, ymanteniendo expectativas realistas sobre elpaciente y los demás

miembros de la familia.

- Mejorar la comunicación. Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en mejorarla comunicación en el hogar, haciendo que las expresiones sean más claras y sencillas y evitando intercambios menos emotivos entre los familiares.

Las conclusiones que pueden derivarse de las intervenciones familiares de esta naturaleza en las psicosis esquizofrénicas, tras más de dos décadas de experiencia clínica, son las siguientes: 1) cuando la intervención familiar se combina con medicación antipsicótica, reduce la sensación de sobrecarga, la emoción expresada, así como las recaídas y las re-hospitalizaciones de los pacientes; 2) son rentables económicamente y eficaces en diversos entornos culturales; 3) existe consenso sobre la necesidad de prolongar un mínimo de 9 meses a 1 año la duración de los programas de intervención familiar, si bien programas más cortos pueden modificar también el conocimiento, las actitudes y la calidad de las relaciones familiares; 4) es recomendable no perder la relación con los familiares más allá de dichos periodos de tiempo, prestándoles apoyo posterior menos intensivo o a distancia; y 5) se ha comprobado la eficacia de dichos programas cuando tienen un formato unifamiliar, en el domicilio de cada paciente, o multifamiliar, en el centro asistencial. Es posible, no obstante, que el efecto de las intervenciones unifamiliares o multifamiliares difiera en función de los aspectos que se pretendan medir. Así, mientras que las intervenciones unifamiliares probablemente muestran mayor eficacia en cuanto al resultado clínico (considerando la posible reaparición de los síntomas psicóticos o la re-hospitalización), en cambio es posible que los grupos multifamiliares sean superiores en la disminución de la carga familiar. Se ha señalado también que los grupos multifamiliares son especialmente beneficiosos cuando el paciente todavía presenta sintomatología positiva grave al recibir el alta.

Frente a los estados emocionales del paciente, como son posibles arrebatos de risa o de ira, aparentemente inexplicables y seguramente relacionados con sus alucinaciones, se le puede ayudar animándole, evitando criticarle por sentirse de ese modo y aceptándolos como un hecho. Es posible también que estén presentes conductas de aislamiento, que muestre alteración de las rutinas diarias o abandono de la higiene personal. La activación mental que producen las experiencias alucinatorias, la atención constante a estímulos

ambientales irrelevantes, la constante autoobservación y toma de conciencia de detalles que normalmente pasan inadvertidos para la persona normal, y el esfuerzo que exige al paciente su constante interpretación, pueden dejarle exhausto y sumirlo en una actitud de pasividad y abandono. Ante estas características de su conducta, los familiares pueden prestarle ayuda solicitándole pequeños cambios, en cosas en las que seguramente puede tener éxito; alabándole o agradeciéndole el logro de dichos cambios; o bien mediante un programa de reforzamiento operante, permitiéndole el acceso a determinadas cosas que quiere hacer o conseguir, a cambio de la ejecución de ciertas conductas más adaptadas.

Los familiares de un paciente con una psicosis pueden ser de gran ayuda en el cumplimiento terapéutico, particularmente en el tratamiento farmacológico. En este sentido, pueden evitarse efectos secundarios de la medicación antipsicótica cuando se administran dosis bajas; a lo cual la familia puede contribuir recordándole la toma de la medicación y alentándole a que aprenda a gestionarla él mismo.

Además de la psicoeducación, los familiares de los pacientes con trastornos mentales a menudo necesitan mejorar su forma de comunicarse en el hogar y de resolver los problemas, con el propósito de hacer la vida más predecible y tranquila posible.

En este sentido, en las sesiones de intervención familiar se les propone abordar una determinada cuestión, como puede ser la actividad que pretenden realizar el siguiente fin de semana, con el propósito de clarificar los puntos de vista de cada uno. El terapeuta debe parar periódicamente la conversación para señalar en qué medida el estilo de conversación se acomoda o no a una buena comunicación; reconociéndola y reforzándola cuando procede; nunca criticándola; y modelando las intervenciones con formas alternativas de comunicación. Por lo regular, suele ser frecuente la expresión de mensajes poco claros, así como la falta de comprobación de que los interlocutores han comprendido lo que el comunicante pretende decir.

En las sesiones de entrenamiento en solución de problemas, se puede enumerar y ordenar los objetivos propuestos por cada miembro de la familia, comenzando por los menos ambiciosos o desafiantes. Los problemas graves pueden dividirse en problemas pequeños, y los problemas imprecisos deben clarificarse y hacerse más específicos antes de establecer prioridades. La exploración de los costos y beneficios de los objetivos

propuestos por cada miembro de la familia es esencial para establecer un orden de prioridades.

La influencia de los estresores

Las psicosis funcionales, entre las cuales la esquizofrenia ocupa un importante lugar por su gravedad clínica y prevalencia, no son directamente producidas por el estrés pero son muy sensibles a ambientes problemáticos; por lo que su etiología se encuentra no sólo en la persona que padece el trastorno sino en las interacciones entre el contexto social, el sustrato biológico y su conducta.

En las investigaciones sobre los ambientes en los que vive el paciente, se han descrito determinadas situaciones, generalmente referidas al medio familiar, que pueden ser habitualmente estresantes o tóxicas, entre las que se incluyen:

- a) Ambientes cognitivamente confusos: Por ejemplo, contextos familiares en los que la comunicación entre sus miembros es poco clara, directa o explícita; cuanto se desvía la conversación constantemente y no se mantienen focos de atención compartidos cuando interactúan mutuamente; cuyo resultado es que el interlocutor se vuelve perdido, no percibe con claridad qué se le quiere decir o qué se espera de él; lo que puede dar lugar a un estado de confusión y a una sensación de desconcierto que puede ser estresante.
- b) Ambientes críticos e intrusivos: Los estudios sobre la emoción expresada (Leff, 1994a, 1994b), han demostrado que los comentarios críticos y hostiles hacia el paciente, al igual que, en el sentido contrario, una excesiva preocupación o sobreimplicación emocional e intromisión en su vida, pueden provocar su agravamiento clínico.
- c) Ambientes inmotivadamente demandantes: Se ha indicado que cuando las expectativas de los familiares, o de los terapeutas (por ej., en los ámbitos académico o laboral), son excesivamente altas y exigentes respecto al paciente, requiriéndole alcanzar metas que, en ese periodo, están fuera de su alcance o exceden sus capacidades, pueden empujarle hacia una evolución negativa.
- d) Ambientes amenazantes o desmoralizantes: Tanto las características del ambiente en el que vive el paciente, de la familia o del vecindario pueden provocar un

importante agravamiento clínico si hacen que el paciente se sienta inseguro o perciba algún peligro para su integridad física o su valoración social.

Todo ello indica que la fenomenología de la psicosis es fluida y dinámica, constantemente cambiante, debido a que las interacciones que el paciente mantiene con su medio familiar y social también son fluidas. Los signos y síntomas de la psicosis suelen tener la función de barómetros sutiles y cambiantes, que reflejan los procesos de interacción de la predisposición biológica y el entorno socio-familiar.

Asociaciones de familiares

Finalmente, es fundamental que los familiares encuentren también la manera de obtener apoyo y de reducir el estrés que supone convivir con un paciente que presenta una psicosis.

Se ha señalado el importante papel que han adquirido las asociaciones de familiares de enfermos mentales (Lehman et al., 2006), que vienen prestando importantes servicios, como son:

- a) La educación y sensibilización sobre los trastornos mentales para el público en general, así como para otros profesionales no ligados a la salud mental.
- b) El apoyo a los investigadores, proporcionando muestras no clínicas, asesorándoles en relación con la problemática manifestada por los pacientes, así como mediante la creación de incentivos a programas de intervención eficaces;
- c) La colaboración directa con otras familias afectadas, con el propósito de reducir la carga subjetiva y mejorar su bienestar.
- d) Fundación de centros en los que los usuarios pueden reunirse, encontrar apoyo y compartir sus sentimientos con otras familias, sin posibles “interferencias” de los profesionales sanitarios.

Un importante papel que desempeñan las asociaciones de familiares de pacientes con trastornos mentales es contribuir a aliviar la sobrecarga, el agotamiento y la sensación de quemarse por la dedicación al enfermo. Como se ha señalado, los sentimientos de fatiga crónica y de completo agotamiento, la falta de interés por vivir, la falta de autoestima y la pérdida de empatía con el familiar enfermo, son consecuencias

muy comunes en las personas que se enfrentan solas al cuidado de un paciente con un trastorno mental crónico. Tampoco es infrecuente la aparición de otros problemas, como son el insomnio, cefaleas, abuso del alcohol o drogas, depresión y otras manifestaciones psicofisiológicas del estrés.

Para evitar estas consecuencias, los familiares pueden aprender a manejar la situación; para lo cual suele ser de utilidad observar los siguientes principios:

1. Cuidar día a día la propia salud, solicitando ayuda médica, si es preciso, y manifestándole al profesional que tiene a cargo un paciente con un trastorno mental; alimentándose correctamente, haciendo ejercicio y durmiendo lo suficiente.
2. Aprender alguna técnica de relajación.
3. Programar cada día un periodo de descanso y dedicación a uno mismo.
4. Tomarse un respiro de vez en cuando, quizás unos días de vacaciones.
5. Evitar la crítica autodestructiva o sentirse culpable.
6. Desconectar mentalmente con alguna actividad, curso o iniciativa, que requiera concentrarse durante unas horas en cualquier otra cosa.
7. No descuidar las relaciones sociales o con el resto de la familia.
8. Compartir las penas y los problemas con personas que le suministren apoyo (teniendo cuidado con personas poco informadas que puedan sugerir culpabilidad por haber causado el trastorno mental).
9. Alentar el trabajo en equipo, dentro de la familia. Reconocer que el éxito en el tratamiento y los programas de cuidados posteriores exigen un esfuerzo coordinado y compartido entre varios cuidadores.
10. Asumir que la vida sigue para el resto de la familia. Esta actitud puede beneficiar al paciente.
11. Plantearse la necesidad de introducir algún cambio en el estilo de vida.
12. No abandonar las creencias religiosas.
13. Mantener el sentido del humor.
14. No perder nunca la esperanza.

En resumen, no existe una única manera correcta de reaccionar ante la enfermedad

mentaly de afrontarla en las familias. Por ello, estasdeben aprender a manejar la situación tal cual es,en vez de pensar que deberían hacer algoconcreto o demostrar determinados sentimientos;deben aceptar que sus sentimientos y actitudescambian con el tiempo, al ser la enfermedadimpredecible. La contribución de los familiares a larecuperación clínica de un paciente con unapsicosis será más eficaz cuando afrontan elproblema con los siguientes principios:

- Obteniendo información precisa sobre la naturaleza del trastorno: La psicoeducación contribuye a que los familiares despejen dudas, a que superen la confusión y el sentimiento de estar abrumados, y a conocer cuáles son las opciones terapéuticas más eficaces.
- Favoreciendo el diálogo y el intercambio de sentimientos y opiniones en el seno de la familia: De hecho, cuando se manejan las situaciones de crisis correctamente, resultan fortalecidos los vínculos entre todos los miembros de la familia.
- Manteniendo las relaciones sociales: El contacto con los amigos, las actividades regulares de ocio o la puesta en práctica de las tareas domésticas o de aficiones, son recursos esenciales para disminuir la ansiedad y amortiguar el impacto negativo que la enfermedad pudiera tener sobre la salud física.
- Entrando en contacto con otras personas que han vivido situaciones similares: Los grupos de ayuda mutua son un marco de referencia para aprender a manejar los problemas cotidianos y para superar el sentimiento de soledad que tienen muchos familiares.
- Mostrando una actitud positiva: Es importante tener paciencia y creer que el familiar se va a recuperar, aunque ello lleve tiempo.

Estas estrategias pueden facilitar que, pese atodo, la psicosis produzca importantes cambiospositivos en la familia, al modificar los valores entodos sus miembros, al cambiar su apreciación delo que es verdaderamente importante y almodificar sus prioridades. El objetivo primordial esfavorecer la esperanza y una visión positiva delproblema, y contribuir a acetar que la vidacontinua y que, pese a las dificultades, todavía hay espacio para expresar las mismas emocionesde amor, alegría, risa, llanto, tristeza o ira, quemanifestaban tiempo atrás (Aznar Avendaño yBerlanga Adell, 2004; Perona Garcelán, GallachSolano, Vallina Fernández y SantolayaOchando,2004).

3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCION DE LA SALUD MENTAL

La prevención para los problemas de salud de los jóvenes, entraña la promoción de un desarrollo sano y establecimiento de modos de vida saludable. Entre los principales elementos tenemos las políticas, el suministro de información y la educación. Las políticas de prevención comprometen el control de la publicidad en los diferentes canales de comunicación unidireccionales, radio, TV, prensa, espectáculos y tridireccionales, por el teléfono, en persona o intercambio de mensajes escritos.

Ya que mientras algunas informaciones fomentan salud una gran parte de información llega al joven con gran contenido falso o sesgado, por tanto es necesario la intervención del equipo de salud para coordinar y dar prioridad al grupo de jóvenes a través de estrategias de medicina preventiva. En donde la enfermera cumple un rol importante en la detección de posibles “casos” de depresión.

3.5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA:

- Es dirigida a individuos que no han desarrollado la enfermedad; en esta etapa se intenta cambiar las condiciones que exponen al joven universitario al riesgo de adquirir la enfermedad.
- La prevención primaria constituye la forma mas clara y pura de prevención, en donde se puede atacar el medio ambiente, manteniendo la causa de la enfermedad alejada y fortalecer la resistencia a la enfermedad.
- Los programas de prevención primaria en psiquiatría están destinados a disminuir la frecuencia de aparición de trastornos emocionales en la comunidad combatiendo las condiciones sociales causantes de stress o potencialidades nocivas, productoras de enfermedad mental interviniendo prontamente cuando se dan estas condiciones. Los principios de prevención primaria son instrumentados por agencias sociales, escuelas e iglesias, médicos y otros profesionales de la salud.
- Órganos de gobiernos locales y, lo que es mas importante la familia y otras personas significativas en la vida de una persona.

3.5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- Se centra en el joven universitario en quien la enfermedad no es clínicamente manifiesta, es decir se trata de prevenir precozmente los síntomas y complicaciones.
- La prevención secundaria permite intervención después de la exposición a la enfermedad, detectar la enfermedad antes de la aparición de los síntomas o prevenir la propagación de la enfermedad tratando a los contactos; por ejemplo la aplicación del test de Zung.
- La prevención secundaria puede definirse como la identificación precoz y pronto tratamiento de la enfermedad o trastorno.

3.5.3. PREVENCIÓN TERCIARIA:

- Esta dirigida a los jóvenes universitarios en quienes la enfermedad es ya sintomática, con acciones de la medicina clínica es decir, rehabilitación o control de la enfermedad, lo que se persigue en estas etapas es mejor o disminuir las manifestaciones clínicas, controlar la progresión de la enfermedad evitando complicaciones, controlar la propagación de la enfermedad hacia la comunidad y anticipar y modificar el impacto de la enfermedad clínica.
- La prevención terciaria va dirigida a la tarea de disminuir la frecuencia de funcionamiento deficiente producido por los trastornos mentales. Caplan ha limitado la finalidad de la prevención terciaria a disminuir el defecto residual del trastorno. En esta escueta definición va implícito el papel crucial de los servicios de rehabilitación.
- Se puede impartir mediante el fomento de la formación de club juveniles, deportivos, laborales, etc.; a través de los cuales se beneficie la salud mental del joven universitario.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- PINTO GARCÍA Flor María: “Nivel de Conocimientos de la Familia de los Pacientes sobre Enfermedades Mentales .Consultorios Externos del Servicio de Psiquiatría Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa -1999”. **Conclusion:** Que la mayoría de los Familiares encuestados lo que es una enfermedad mental lo cual ayudaría a que estos pacientes tengan una buena comprensión buena comunicación cumplimiento en el tratamiento y asistencia a sus controles periódicos lo que estaría facilitando una buena rehabilitación del paciente con enfermedad mental.
- MUÑOZ MONROY, Gabriela: “Importancia de un Programa de Seguimiento a Pacientes Ambulatorios del Servicio de Psiquiatría del Hospital Goyeneche Arequipa-2000 “**Conclusión:** La Aplicación de un programa de seguimiento a pacientes ambulatorios del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Moisés Heresi ,es de gran importancia para el tratamiento y rehabilitación del mismo , ya que a través de este se logra la integración de acciones y evaluación de las mismas en el hogar lo cual contribuye a una mejor interrelación del paciente y su entorno familiar , dado que por la naturaleza de esta atención en consultorio el tiempo esta sujeto a una programación que debe cumplir el personal .El programa de seguimiento a pacientes ambulatorios del Servicio de Psiquiatría del Centro de Salud Moisés Heresi se basa en acciones educativas de orientación y supervisión y evaluación.
- ALIAGA DEL CARPIO, Malena Cristina: “Incidencia de constipación en pacientes que reciben medicamentos psiquiátricos , en el servicio de psiquiatría especializada Departamento Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartinsEssalud –Lima 2008”. **Conclusión:**Los medicamentos con mayor frecuencia reciben los pacientes psiquiátricos , en el servicio de psiquiatría especializada en el departamento de salud mental son ansiolíticos : Alprazolam 0.5 mg tb,Antisicóticos: Levomepromazina2.5 mg tb, Anticunbulsivantes:clonazepam 2mg tb y antiparkinsonianos : Biperideno 2mg tb. La frecuencia de constipación en el servicio de psiquiatría especializada HNERM en el año 2008 es alta ya que es uno de servicios que mayor mente usa Bisacodilo, el personal de salud del servicio experimento que es un problema muy frecuente en el servicio y el índice de

incidencia de constipación es 0.64 (64% de pacientes) el 4.3 % de los paciente sufrieron constipación muy severa .

5. HIPOTESIS

Dado que los psicofarmacos son sustancias que actúan a nivel del S.N.C modificando la conducta en los diferentes transtornos y enfermedades mentales ya que produce diferentes efectos.

Es probable que los familiares de los pacientes del Centro Salud Mental MoisesHeresi tengan conocimientos insuficientes sobre el tratamiento psicofarmacológico, efectos colaterales y extrapiramidales .



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO

Para la variable nivel de conocimiento se utilizó como técnica el cuestionario y como instrumento la cedula de preguntas

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. AMBITO GEOGRAFICO

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Moisés Heresi ubicado en Cerro Colorado cuenta con 2 pabellones de cuidados intensivos

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó en los meses de agosto del 2012 a marzo del 2013

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron compuestas por los familiares de los pacientes hospitalizados en N°30 y familiares de consultorios externos en N°30, que hacen un total de 60 familiares que constituyen el 100% .

Criterios de Inclusión

- Familiares responsables del paciente
- Familiares mayores de edad
- Familiares que acepten participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Familiares menores de Edad
- Familiares con Deterioro cognitivo
- Familiares que no acepten participar en el Estudio

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS

- Se coordinó con el Decana de la Facultad de Enfermería.
- Se coordinó con la Dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Se coordinó con la Enfermera Jefe de Consultorios Externos y Hospitalización para la reunión de los familiares.
- Se realizó la aplicación de la Prueba Piloto para la validación del instrumento.
- El horario de la Recolección de Datos se realizó previa coordinación la Enfermera de Consultorios Externos y Hospitalización.

4. CRONOGRAMA

DATOS	2012					2013		
	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Elaboración del Proyecto	X							
Aprobación del Proyecto		X	X					
Recolección de Datos				X	X			
Análisis y Derivación de Datos						X	X	
Análisis Final								X



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA 1

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD
MOISES HERESI AREQUIPA 2012**

EDAD	Fr	%
18-23	04	6.7 %
24 -29	05	8.3 %
30-35	09	15.0 %
36-41	07	11.7 %
42 a mas	35	58.3 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: instrumento aplicado por lo investigadores

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 58.3 % que pertenece al grupo etario de 42 años a mas y un menor porcentaje de 6.7 % entre las edades de 18 a 23 años.

De lo que deducimos, que mas de la mitad de los familiares tiene de 42 años a mas y no dejan de tener importancia que alguna parte de la población tienen las edades de 18 a 35 años .

TABLA 2
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SEXO

SEXO	Fr	%
FEMENINO	45	75.0%
MASCULINO	15	25.0%
TOTAL	60	100%

Fuente: instrumento aplicado por lo investigadores

En la tabla 2 observamos que el mayor porcentaje es de 75 % son sexo femenino y un 25 % de sexo masculino.

De lo que deducimos, que mas de la mitad de los familiares son de sexo femenino.

TABLA 3

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE DEL
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO**

FAMILIAR RESPONSABLE	Fr.	%
Padre	04	6.7 %
Madre	45	75.0 %
Ambos Padres	08	13.3 %
Otros Familiares	03	5.0 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por lo investigadores

En la tabla 3, se observa que el mayor porcentaje del 75% el familiar responsable es la madre y un menor porcentaje es de 5.0% de otros familiares.

De lo que se deduce, que en más de las tres cuartas partes el familiar responsable es la madre y el restante está a cargo de otros familiares (abuelos, tíos, etc.).

TABLA 4

PROBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Fr	%
Primaria	16	26.7%
Secundaria	21	35.0%
Superior	14	23.3%
Iletrado	09	15.0%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 4, se observa que el mayor porcentaje del 35.0% tiene el grado de instrucción secundaria y un menor porcentaje del 15.0% pertenece a iletrado.

De lo que se deduce, que casi la mitad de los familiares tiene estudios de secundaria y un menor porcentaje no tienen estudios lo que no favorecería el tener mejores conocimientos de la enfermedad de su familiar.

TABLA 5

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR

CONVIVENCIA FAMILIAR	Fr.	%
Ambos Padres	25	41.7 %
Madre	22	36.7 %
Padre	04	6.7 %
Otros Familiares	09	14.9 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por lo investigadores

En la tabla 5, se observa que el mayor porcentaje de 41.7 % según convivencia familiar de ambos padres y un menor porcentaje de 6.7 % que viven con su padre.

De lo que deducimos, que una tercera parte de los pacientes conviven con ambos padres lo que permitiría recibir un tratamiento más adecuado .

TABLA 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	Fr.	%
Esquizofrenia	34	56.7 %
Depresión	19	31.7 %
Otras enfermedades	7	11.7 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 6, observamos que el mayor porcentaje de 56.7% según diagnostico de esquizofrenia y un menor porcentaje de 11.7% otras enfermedades.

De lo que deducimos, que más de la mitad de los pacientes padecen esquizofrenia no dejan de tener importancia que algunos pacientes sufren de otras enfermedades por lo que observamos que el tratamiento psicofarmacológico es de por vida y la familia tiene que estar familiarizada con los conocimientos del tratamiento .

TABLA 7

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA
ENFERMEDAD MENTAL DEL PACIENTE**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL	F	%
a.- Es algo normal en las personas	1	1.7%
b.- alteración de los procesos cognitivo y afectivos	12	20.0 %
c.- Es la alteración del sentido cognitivo pero no se aleja de la realidad	2	3.3%
d.-Es la alteración de la esfera del afecto	2	3.3%
e.- Es la alteración del sistema digestivo	3	5.0%
d.- No sabe	40	66.7%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 7, podemos observar que en un acumulado del 80% no sabe y un menor porcentaje de 1.7 % es algo normal en las personas.

De lo que deducimos que mas de la mitad de los familiares no conocen el nivel de conocimiento sobre la enfermedad mental de su familiar y un menor porcentaje no tienen conocimiento sobre lo que es la enfermedad mental.

TABLA 8

POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD MENTAL

SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD	Fr.	%
a.- <1 año	11	18.3%
b. 1 a 5 años	10	16.6%
c.- 11 a mas	9	15.0%
d.- 6 a 11 años	4	6.5%
e.- No sabe	24	40.0 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 8, se observa que el mayor porcentaje del 40.0 % no sabe el tiempo de enfermedad de su familiar y un menor porcentaje del 6.5% sabe de la enfermedad de su familiar, que es de 6 a 11 años

De lo que deducimos que mas de la tercera parte de lo familiares no saben el tiempo de enfermedad de su familiar y no dejan de tener importancia una cuarta parte que si conocen.

TABLA 9

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DE EFECTOS
COLATERALES DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO**

SEGÚN CONOCIMIENTO DE EFECTOS COLATERALES DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	Fr	%
a.- Aletargamiento	3	5.0%
b.- Amenorrea	2	3.3%
c.- Aumento del apetito y sueño	13	21.7%
d.- Dolor Estomacal	2	3.3%
e.- Aumento de la ingesta digestiva	2	3.3%
f.- No conoce	38	63.3%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Insatrumeto aplicado por los investigadores

En la tabla 9, observamos que el mayor porcentaje de 63.3% no saben los efectos farmacológicos y un menor porcentaje de 3.3% tiene una idea equivocada del tratamiento farmacológico

De lo que deducimos que mas de la mitad no conocen el tratamiento farmacológico y no dejan de tener importancia que hay una mínima parte que tiene ideas equivocadas para el tratamiento.

TABLA 10

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DE EFECTOS
EXTRAPIRAMIDALES DE LA MEDICACIÓN**

CONOCIMIENTOS DE LOS EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES DE LA MEDICACIÓN	Fr.	%
a.- Temblor fino, acaticia, disquinesia	3	5.0%
b.- Inquietud Moderada	21	35.0%
c.- movimiento de la boca	2	3.3%
d.-No conoce	34	56.7%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla10, observamos un acumulado de 95.0% no conoce los efectos extrapiramidales de la medicación y un menor porcentaje de 5.0% tiene un idea equivocada de los efectos extrapiramidales de la medicación.

De lo que deducimos que mas de la mitad no conoce los efectos extrapiramidales y un menor porcentaje tiene una idea equivocada de los efectos extrapiramidales.

TABLA 11

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE MEDICACION
PSICOFARMACOLOGICA QUE RECIBE EL PACIENTE**

TIPO DE MEDICACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA	FR	%
a. Antisicóticos	13	21.7%
b. Antidepresivo	10	16.7 %
c. Ansiolíticos	2	3.3 %
d. Anticonvulsivantes	4	6.6 %
e. No conoce	31	51.7 %
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 11 observamos el mayor porcentaje de 51.7 % no conoce el tipo de medicaciónpsicofarmacologica del paciente y un menor porcentaje 21.7% si conoce.

De lo que deducimos que mas de la mitad de los familiares no conocen el tipo de medicación que tienen los pacientes y no deja de tener importancia que una cuarta parte si conocen su tratamiento .

TABLA 12

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DE DOSIS DE
MEDICACIÓN**

CONOCIMIENTO DE DOSIS QUE RECIBE SU FAMILIAR	FR	%
a.- Si conoce	16	26.7%
b.- No conoce	44	73.3%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 12 observamos que el mayor porcentaje de 73.3 % no conoce la dosis necesaria y un menor porcentaje de 26.7% si conoce.

De lo que deducimos que mas de la mitad no conoce la dosis necesaria de la medicación y una tercera parte si conoce la dosis necesaria.

TABLA 13

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE
TRATAMIENTO INDICADO DEL PACIENTE**

TIEMPO DE TRATAMIENTO INDICADO DEL PACIENTE	Fr.	%
a.- 1 año	12	20.0%
b.- 1 a 5 años	10	16.6%
c.- 6 a 11 años	1	1.7 %
d .- 11 a mas	13	21.7 %
e.-no conoce	24	40.0%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 13, observamos el mayor porcentaje de 40 % no conoce el tiempo de tratamiento del paciente y un menor porcentaje 1.7% si conoce

De lo que deducimos que una tercera parte de los familiares no conoce el tratamiento del paciente y no deja de tener importancia que una cuarta parte si conocen

TABLA 14

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SU CONOCIMIENTO DE LA
IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN**

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN DE SU FAMILIAR	Fr.	%
a.- Terapia recreativa	8	13.3%
b.- Es importante para su Evolucion y mejoramiento de habilidades psicosociales y reinserción social	10	16.7%
c.- Labor terapia	5	8.3%
c.- Mejorar su comportamiento	7	11.7%
e.-No sabe	30	50.0%
TOTAL	60	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla 14, se observa que el mayor porcentaje de 50 % no conocen la importancia de la rehabilitación y un menor porcentaje de 8.3 % si es importante para su evaluación

De lo que deducimos que la mitad no conocen la importancia de la rehabilitación siendo preocupante por que es parte del tratamiento del paciente psiquiátrico.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones

PRIMERA : La población de Estudio se encuentra entre las edades de 42 años a mas, tiene en su mayoría grado de instrucción secundaria son de sexo femenino.

SEGUNDA : El nivel de conocimientos encontrados en los familiares de los pacientes psiquiátricos es deficiente, en referencia a efectos colaterales y reacciones extrapiramidales.

TERCERA : Con respecto al nivel de conocimientos del tratamiento psicofarmacológico en los familiares el más deficiente es lo referente a las reacciones extrapiramidales.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA :** Al Director del Centro de Salud Mental Moises Heresi se sigan incentivando programas de actividades educativas para trabajar con las familiares de los pacientes de consultorios externos y de hospitalización mejorando así los conocimientos del tratamiento psicofarmacológico y por ende la evolución del paciente.
- SEGUNDO :** Al Director del Centro de Salud Mental Moises Heresi coordine con las Enfermeras de consultorios externos y salud pública para reforzar los programas educativos y educación individualizada sobre la importancia de estos temas.
- TERCERO :** Que a nivel de la Facultad de Enfermería se continúe investigando sobre el tratamiento psicofarmacológico, ya que es imprescindible para el manejo del paciente.
- CUARTO :** Que se continúe con la educación a familiares en lo referente a la continuación en el tratamiento psicofarmacológico asegurando una mejor ayuda al paciente en lo que respecta a los diferentes áreas al tratamiento en forma especial a las reacciones extrapiramidales.

BIBLIOGRAFIA

1. Aznar Avendaño, E. y Berlanga Adell, A. (2004). Guía Práctica Para El Manejo de la esquizofrenia: Manual para la Familia y el cuidador. Madrid: Pirámide.
2. Birchwood, M y Spencer, E. (2003). Psicoterapias para la esquizofrenia: una revisión. En M. Maj y N. Sartorius (Eds.), esquizofrenia (Serie WPA: Evidencia y experiencia en psiquiatría, Vol. 2) (pp. 153-220).
3. Brown, G. W., Birley, J. L. y Wing, J. F. (1972). Influencia de la vida familiar en el campo de los trastornos esquizofrénicos: una réplica. British Journal of Psychiatry, 121, 241 a 258.
4. Carr, A. (2006). La terapia familiar: Conceptos, proceso y práctica (2ª ed.). Chichester, UK: Wiley.
5. Chen, J.W., Hsiao, k.C y Lin, C.C.H. (1997). La esquizotipia en muestras de la comunidad: La estructura de tres feactores y correlación con la atención sostenida. Journal of Abnormal Psychologi, 106, 649 – 659.
6. Chichester, UK: Wiley. Braff, D. L. (2004). Procesamiento de información psicofisiológica y se acerca a la esquizofrenia. En DS Charney y EJ Nestler (Eds.), Neurobiología de la enfermedad mental (2ª ed.) (Pp. 324-338). Nueva York, Nueva York: Oxford UniversityPress.
7. Claridge, G. y Beech, A. (1996). Priming negativo esquizotipia y lateralizado en los esquizofrénicos "y" parientes neuróticos. Personalidad y Diferencias Individuales, 20, 193-199.
8. Dixon, L. B. y Lehman, A. F. (1995). Intervenciones Familiares para la esquizofrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, 631 – 644.
9. Fadden, G. (1998). Familia intervención. En C. y J. BrookerRepper (Eds.), gr problemas de salud mental en la comunidad: la política, la práctica y la investigación (pp. 159-183). Londres: BaillièreTindall.
10. Flórez, Jesús, Juan Antonio Armijo, África Mediavilla (1998). Farmacología Humana (3ª edición). España: Masson. pp 000. ISBN 84-458-0613-0.

11. Goodman Gilman, Alfred; Laurence L. Brunton, John S. Lazo, Keith L. Parker (2006). Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica (11^a edición). México: The McGraw-Hill. 614 pp. ISBN: 0-07-142280-3.
12. Grandón, P., Jenaro, C. y Lemos, S. (2008). Los cuidadores principales de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia: la carga y las variables predictoras. *PsychiatryResearch*, 158, 335 a 343.
13. Kuipers, E. y Bebbington, P. (2005). Vivir con una enfermedad mental (3^a ed.). London: SouvenirPress.
14. Kuipers, L., Leff, J. y Lam. (2002). Familia de trabajo para la esquizofrenia: Una guía práctica (2^a ed.). Londres: Gaskell.
15. Lam, D. H. (1991). Intervención psicosocial familiar en la esquizofrenia: Una revisión de estudios empíricos.
16. Leff, J. (1987). Cambiar el entorno familiar de los pacientes esquizofrénicos. En JS Strauss, W. Böker y HD Brenner (Eds.), el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia (pp. 87-93). Toronto: Hans Huber.
17. McFarlane, W. (1994). Varios grupos familiares y psicoeducación en el tratamiento de la esquizofrenia. *Nuevas direcciones en los Servicios de Salud Mental*, 62, 13-22.
18. Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. y Engel, RR (2001). El efecto de las intervenciones familiares en la recaída y rehospitalización en la esquizofrenia: Un meta-análisis. *SchizophreniaBulletin*, 27, 73-92. *Medicina Psicológica*, 21, 423-441.
19. Rickels, K.; Rynn, M. (2002). «La farmacoterapia del trastorno de ansiedad generalizada». *J. Clin. Psiquiatría* 63 (14): pp 9-16.
20. Slade, M., Holloway, F. y Kuipers, E. (2002). Desarrollo de competencias y las intervenciones familiares en un servicio de psicosis temprana. *Revista de Salud Mental*, 12, 405 - 415.
21. Smith, J. y Birchwood, M. (1990). Los familiares y pacientes como socios en el manejo de la esquizofrenia: El desarrollo de un modelo de servicio. *British Journal of Psychiatry*, 156, 654-660.

22. Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2000). Dos Décadas de Intervenciones Familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.

Páginas electrónicas

http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedades_del_sistema_extrapiramidal

http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf

www.eutimia.com/psicofarmacos/

www.biologia.edu.ar/farmacologia/clas2do%5Cpsicofarmacos.PDF

www.autosuficiencia.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=741

Manual de Farmacología del SNC Autor “Juan C. Alvarado Alba



A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered in the background. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, with the text "UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA" and the year "1961" below it.

ANEXOS

CEDULA DE PREGUNTAS

DATOS QUE SE CONOCEN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD

- Edad
- Sexo
- **Familiar Responsable**
 - a. Padre ()
 - b. Madre ()
 - c. Ambos Padres ()
 - d. Otros Familiares ()
- **Grado de Instrucción**
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior ()
 - d) Iltrado ()
- **Convivencia Familiar**
 - a. Ambos Padres ()
 - b. Madre ()
 - c. Padre ()
 - d. Otros Familiares ()
 - e. Solo ()
- **Conoce usted el Diagnostico del Paciente**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

1.- ¿Sabe usted que es una Enfermedad Mental ?

- a.- Es algo normal en las personas ()
- b.- Alteración de los procesos cognitivos y afectivos ()
- c.- Es la alteración del sentido cognitivo pero no se aleja de la realidad ()
- d.-Es la alteración de la esfera del afecto ()
- e.- Es la alteración del sistema digestivo ()
- d.- No sabe ()

2.- ¿ SabeUstedcuanto tiempo subre la enfermedad su Familiar ?

- a.- <1 año () b. 1 a 5 años ()
c.- 6 a 11 años () d.- 11 a mas ()
e.- No conoce ()

3. ¿ Conoce usted los efectos del Tratamientopsicofarmacologico en el Paciente ?

- a.- Aletargamiento () b.- Amenorrea ()
c.- Aumento del apetito y sueño () d.- Dolor Estomacal ()
e.- Aumento dela ingesta digestiva () f.- No conoce ()

4. ¿Conoce Usted el efectoextrapiramidalque presenta su familiar

- a.- Temblor fino , acataxia , disquinxia () b.- Inquietud Moderada ()
c.-movimiento de la boca () d.-No conoce ()

5. ¿ Conoce Usted el tipo de Medicacion que recibe su Familiar ?

- a.- Antidepresivo () b.- Antisicoticos () e.- No conoce ()
c.- Anticonvulsivantes () d.-Ansiolíticos ()

6. ¿Conoce usted la dosis necesaria del tratamiento ?

- a.- Si conoce () b.- No conoce ()

7. ¿Conoce usted el tiempo de tratamiento indicado del Paciente ?

- a.-1 año () c.- 6 a 11 años () e.- No conoce ()
b.- 1 a 5 años () d.- 11 a mas ()

8. ¿Cree Usted que es necesario que su familiar tenga Reabilitacion ?

- a.- Terapia recreativa ()
b.- Es impotante para su Evolucion y mejoramiento de habilidades Psicosociales y
reinserción Social ()
c.- Labor terapia ()
d.- Mejorar su comportamiento ()
e.- No conoce ()

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PUBLICA DE AREQUIPA

CONSTANCIA

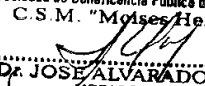
El que suscribe, Director del Centro de Salud Mental "Moisés Heresi", hace constar que los Estudiantes del Programa Profesional de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María:

JACKELINE CONSUELO PINTO CUADROS
MICHAEL STELMAN VALENCIA

Aplicaron el Instrumento del Proyecto de Investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE CONSULTORIOS EXTERNOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISÉS HERESI" AREQUIPA 2012".

Se expide la presente, a solicitud de los interesados, para los fines consiguientes.

Arequipa, 11 de Abril del 2013

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa
C.S.M. "Moisés Heresi"

Dr. JOSE ALVARADO ACO
MEDICO JEFE
C.M.P. 14051 R-E 9872

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIPISICÓTICOS



SE TRATA de fármacos que actúan fundamentalmente sobre las funciones nerviosas del cerebro, modificando el estado psíquico y el comportamiento del Paciente

PRESENTADOS POR :

- JACKELINE C. PINTO CUADRO
- MICHAEL STELMAN VALENCIA



CLASIFICACIÓN DE LOS PSICOFÁRMACOS

ANTICONVULSIVANTES o ANTIEPILEPTICO

ESTAS SUSTANCIAS DISMINUYEN LA EXCITABILIDAD DEL TEJIDO NERVIOSO EXCESIVAMENTE ACTIVO. FRECUENTEMENTE LAS EPILEPSIAS GENERALIZADAS, CONVULSIVAS O NO, SE ACOMPAÑAN DE PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO

TRANQUILIZANTES MAYORES

(NEUROLÉPTICOS, ANTIPISICÓTICOS). SON FÁRMACOS DE ACCIÓN ANTIALUCINÓGENA Y CONTRA LAS PSICOSIS GRAVES. SE UTILIZAN SOBRE TODO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.

TRANQUILIZANTES MENORES

(ANSIOLÍTICOS). Son fármacos de Son fármacos de acción ansiolítica, sedante y relajante de los músculos; su difusión es en la actualidad enorme y constituye un importante fenómeno sociocultural de nuestros tiempos.

ANTIDEPRESIVOS. En esta categoría se agrupan los fármacos que desarrollan

COMO USAR CORRECTAMENTE LOS MEDICAMENTOS

Es importante tener un buen uso de los medicamentos Para su Familiar ya que de ello depende obtener la cura o los resultados deseado para el Paciente.

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS:

- Infórmele a su médico si está tomando algún fármaco de venta sin receta.
- Siga estrictamente las indicaciones médicas. Si suspende o reduce la dosis de su medicamento, los resultados no serán los deseados.

No suspenda el tratamiento cuando los síntomas desaparezcan: sígalo durante el tiempo indicado.

- Si tome varias medicinas durante períodos largos, lleve un registro por escrito; también anote si tiene alguna reacción alérgica o intolerancia.

- Informe a su médico si tiene algún efecto colateral: dolor de cabeza, mareo, visión borrosa, zumbido de oídos, falta de aire, urticaria.

- Los fármacos deben guardarse en lugar seguro, seco y a la temperatura ambiente, y no exponerse a la luz solar

REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES

- parkinsonianos (incluido el temblor),
- Distonía (movimiento anómalo de la cara y el cuerpo)
- Discinesia, que se da más entre los niños o adultos jóvenes.
- Acatisia (agitación), que ocurre de manera característica tras administrar grandes dosis
- Discinesia tardía (movimientos rítmicos involuntarios de la lengua, cara y maxilares)

DESPUÉS DE TOMAR UN MEDICAMENTO

- Cerrado correctamente el frasco, para evitar una posible contaminación.
- Evitar una posible contaminación.
- Conservar el medicamento en el envase original, con la finalidad de poderlo identificar en todo momento.
- Protegerlo del calor, la humedad y la luz directa. Un lugar fresco y seco para guardarlo.
- No guardar el resto de medicamentos después de un tratamiento para evitar confundirse con otro.

- Evitar una posible contaminación. No dejes los medicamentos al alcance de los niños.

EN CASO DE OLVIDAR UNA TOMA DE SU TRATAMIENTO SU FAMILIAR

Si ha pasado poco rato, se puede tomar. Pero si falta ya poco para la toma siguiente, esperaremos la hora de la próxima toma, pero no doblemos la dosis para compensar el olvido. En caso de duda, vale más consultar con el médico o farmacéutico ya que la solución es diferente según el medicamento y la enfermedad de que se trate.

COMPROBAR EL NOMBRE Y LAS DOSIS QUE TOMARA EL PACIENTE

- Antes de tomar el medicamento comprobar que el nombre y la dosis del medicamento son las prescritas por el médico. En último término, es el paciente el responsable de su tratamiento.



¿CUÁNDO DEBE TERMINAR CON LA MEDICACIÓN?

Es importante que la familia apoye al paciente en este duro camino, ya que es frecuente que él mismo o sus familiares lo inciten a que abandone los fármacos. Hay que tener en cuenta que la desaparición de los síntomas no significa que la enfermedad deje de estar presente. Los fármacos deben ser interrumpidos cuando el profesional lo considere necesario, y no antes.

TOMAR LOS MEDICAMENTOS RESPONSABLEMENTE

Tomar los medicamentos responsablemente, siguiendo estrictamente lo indicado por el médico es una apuesta importante para la salud mental del Paciente. Con ello se evitan futuras complicaciones, Alucinaciones depresión Estrés, alteraciones emocionales, disfunciones mentales, dificultades para aprender.

